ROK V WARSZAWA 1931 CZERWIEC ZESZYT VI

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

O indywidualizacji w przewlekłej gruźlicy płuc dorosłego*).

DR. MICHAŁ BLOCH.

I.

Gruźlica płuc u człowieka nie może być rozpatrywana jako jedna jednolita jednostka chorobowa. Każdy lekarz ma możność spostrzegania jej nieskończonej wielopostaciowości i najbardziej krańcowych różnic w jej przebiegu u najrozmaitszych chorych.

Zadaniem też lekarza w klinice tego schorzenia jest umiejętność indywidualnej oceny każdego poszczególnego przypadku. Lekarz nie może się kierować stanem chorego tylko w chwili obecnej (obecnością lub nieobecnością w chwili obecnej podniesionej ciepłoty ciała, przybytkiem lub ubytkiem na wadze, mniejszym lub większym obszarem zajętego płuca i t. p.), a musi umieć tak j a k o ś c i o w o ocenić dany przypadek, aby rozpoznanie zawierało w sobie zarówno rokowanie co do dalszego przebiegu, jak i ścisłe wskazania do racjonalnego leczenia. Jak niżej bowiem zobaczymy, obok przypadków, w których mimo napozór błahych, fizykalnie zaledwie stwierdzalnych, zmian, musi być natychmiast zastosowane jaknajbardziej energiczne leczenie czy to w postaci leczenie chirurgicznego (odmy piersiowej, wyrwania nerwu przeponowego i t. p.), czy też klimatycznego, — jest cały szereg przypadków, gdzie mimo niewątpliwie stwierdzalnych zmian w płucach, lekarz popełni błąd, jeśli przesadnie skieruje na nie uwagę pacjenta, chcąc niby zapobiec rozwojowi choroby, która sama przez się nie ma tendencji do rozwoju; w ten sposób powiększyłby tylko armję hypochondryków.

Obowiązek racjonalnego traktowania poszczególnych przypadków gruźlicy płuc ciąży nietylko na specjaliście - ftizjologu, ale na każdym lekarzu - praktyku. Ten ostatni bowiem ma możność spostrzegania sprawy chorobowej na samym początku jej powstania; od niego też zależy decyzja co do

*) Praca odznaczona na konkursie „Wiedzy Lekarskiej“.

tej czy innej kuracji (leczenie chirurgiczne, klimatyczne) wzgl. skierowanie do specjalisty.

II.

Na czem więc powinna być oparta racjonalna ocena poszczególnych przypadków gruźlicy płuc.

Gdyby nam miejsce pozwoliło tu na szczegółowe rozpatrzenie współczesnego stanu teoretyczno-naukowych podstaw naszej wiedzy o gruźlicy płuc *), musielibyśmy dojść do wniosku, że nie są one jeszcze na tyle doskonałe, aby na nich tylko móc opierać orjentację kliniczną w tem schorzeniu.

Anatomja patologiczna nprz., na której opiera się większość uznawanych dziś „oficjalnych" klasyfikacji, ma za podstawę klasyczny podział *Aschoffa* na zmiany wytwórcze i wysiękowe wzgl. wytwórczo - wysiękowe, podczas, gdy dziś z ostatnich badań *Hübschmanna* wiemy, że każda poszczególna zmiana anatomiczna w płucach (a więc i napozór pierwotnie włóknista) zawsze zostaje poprzedzona przez okres wysiękowy. Codzienna też obserwacja kliniczna daje nam możność spostrzegania, jak często sprawy wysiękowe, którym dawniej przypisywano złe rokowanie, przechodzą we włókniste wzgl. ulegają wessaniu; i naodwrót — jak często ustrój, który dotąd oddziaływał wytwórczo, nagle daje zmiany wysiękowe. Zresztą anatomja patologiczna opiera się głównie na danych sekcyjnych, więc przeważnie na okresie, kiedy ustrój uległ już walce; o początkowym zaś — tym najważniejszym dla nas w różniczkowaniu klinicznem — okresie wnioskuje tylko rozumowo i hypotetycznie. Tem też tłomaczy się rozbieżność w poglądach najwybitniejszych anatomo - patologów *(Aschoff, Loeschke, Hübschmann* i in.) na początkowy okres gruźlicy płuc dorosłego, mimo że — zdawałoby się — opierają się oni wszyscy na materjale objektywnym, anatomicznym.

Stąd też wynika, że w klinice gruźlicy płuc nie możemy się już dziś zbytnio opierać na danych anatomji patologicznej.

To samo można byłoby powiedzieć o współczesnej bakterjologji gruźlicy, dla której nawet kwestja samego zarazka nie jest jeszcze rozstrzygniętą. Wiemy bowiem, że lasecznik Kocha cechuje się nietylko wielokształtnością (polimorfizm), ale i zdolnością przeobrażania się w postaci nietypowe, nawet niewidzialne i przesączalne *(Arloing, Dufourt, Vaudremer, Much, Kirchner, Szymański, Sterling-Okuniewski* i in.), i w postaci niekwasoodporne *(Arima i Aoyama, Dostal, Kirchner* i in.). O przeniesieniu więc tych danych bakterjologji do kliniki i opieraniu na nich możności różniczkowania najrozmaitszych przejawów klinicznych gruźlicy płuc dorosłego narazie nie może być mowy.

Również nauka o czynnikach biologiczno-odpornościowych z jej dążnością do uzależnienia formy klinicznego przejawiania się gruźlicy płuc od stanu t. zw. allergji (uczulenia) i od sposobu dostania się zarazka do ogniska chorobowego może być tylko częściowo, jako hypoteza robocza („Arbeitshypotese") — jak to niżej zobaczymy — przeniesiona do kliniki.

Czyli, reasumując, widzimy, że poza anatomją patologiczną, bakterjologją gruźlicy oraz nauką o patogenezie gruźlicy i czynnikach biologiczno - odpornościowych zmuszeni jesteśmy naszą orjentację kliniczną opierać jeszcze na innych momentach.

III.

Za najbardziej celowe uważamy u j ę c i e kliniki gruźlicy z punktu widzenia podziału wszystkich spotykanych chorych na szereg t y p ó w klinicznych, których początek, przebieg, rokowanie, anatomja patologiczna i patogeneza zgóry są nam wiadome.

Pierwsi wysunęli taki podział kliniczny autorzy francuscy *Bard i Pièry*. Nie przyjął on się jednak powszechnie głównie ze względu na „jego zbytnią złożoność, która czyni go przystępniejszym dla lekarzy obytych z metodą, tradycją i subtelnością szkoły francuskiej", jak się wyraził *S. Sterling* w swej przedwojennej pracy.

Zasadniczo słuszną, opartą na wielkiej wiedzy anatomo - patologicznej i głębokiej obserwacji klinicznej, myśl *Bard - Pièry'ego* podjął na nowo w 1920 — 1923 r. *W. Neumann*, z Wiednia, dążąc do usunięcia „zbytniej złożoności" tego podziału (a nie odrzucając go całkowicie, jak to niesłusznie uczynił — naszem zdaniem — *S. Sterling)* za pomocą wprowadzenia do kli-

*) Uczyniliśmy to w innej pracy.

niki momentu patogenetycznego wg. *Ranke'go*, uwzględniającego drogę dostania się i szerzenia infekcji gruźliczej w płucach.

Nasz, niżej wyłożony sposób ujęcia kliniki gruźlicy idzie jeszcze dalej. Słuszny w zasadzie podział *Bard — Pièry'ego — Neumann'a* czynimy jeszcze mniej „złożonym" czyli jeszcze bardziej praktycznym i życiowym przez: 1) wysunięcie na pierwszy plan momentów czysto klinicznych, szeroko uwzględniających konstytucjonalny typ chorego, 2) uwzględnienie najnowszych zdobyczy naukowych osiągniętych w dziedzinie rentgenologji gruźlicy płuc, a tem samem, patogenezie tego schorzenia i 3) korzystanie w klinice z momentu patogenetycznego Ranke'go tylko, jako z hypotezy roboczej, a nie prostolinijnie i bezkrytycznie.

IV.

Mając do czynienia z dużym materjałem gruźliczym, można łatwo spostrzec, że z pośród chorych tych mogą być wyodrębnione dwie zasadnicze olbrzymie grupy chorobowe.

Jedna cechuje się rażącą sprzecznością pomiędzy dobrym wyglądem zewnętrznym i stanem ogólnym, a złym anatomicznym stanem płuc. Chorzy ci, o cechach zewnętrznych t. zw. „beauté phtisique" (alabastrowa cera, długie rzęsy, gęste brwi i t. p.) tylko od czasu do czasu zapadają na schorzenia imitujące „grypowe", de facto mające za podkład świeże obostrzenia w płucach, po których chorzy ci są skłonni do nader szybkiej ale, niestety, tylko pozornej, złudnej poprawy; koniec końców bowiem, nieraz wcześniej, nieraz dopiero po wielu latach, chorzy ci w większości przypadków giną z suchot płucnych. Na lekarzu ciąży odpowiedzialne zadanie przypadki te jaknajwcześniej rozpoznawać. Należą tu bowiem chorzy, których często trzeba przekonywać — zwłaszcza w okresach mniej posuniętych — o ciężkości ich schorzenia. I nieprzebaczalnym błędem ze strony lekarza będzie, jeśli zaleci choremu tylko leczenie klimatyczne, zadawalniając się szybkim przybytkiem na wadze chorego oraz jego dobrym zewnętrznym wyglądem. U tych chorych bowiem poprawa w stanie płuc niezawsze idzie w parze z poprawą ogólną.

Od lekarzy też zależy, aby chorzy ci, którzy ze względu na zdradliwy, podstępny sposób powstania i rozwoju ich schorzenia wogóle zaczynają się późno leczyć, zostali skierowani do specjalistów wzgl. sanatorjów i szpitali nie wówczas, kiedy choroba jest już tak posunięta, że okazanie właściwej pomocy jest już spóźnione i niemożliwe.

U tego rodzaju chorych choroba zjawia się nieoczekiwanie wśród pełnego zdrowia; z tego wynika, że rozbudowa jaknajwiększej ilości sanatorjów t. zw. zapobiegawczych jest w stosunku do tych chorych rzeczą bezsensowną. Z tego też społecznego punktu widzenia chorzy ci są najbardziej niebezpieczni dla otoczenia, bo zupełnie nie czyniąc na laikach wrażenia „suchotników", stanowią największy kontyngens chorych prątkujących.

Typowym przedstawicielem tej bardzo często w życiu spotykanej grupy chorobowej jest

Phtisis fibro-caseosa-communis

Bard — Pièry — Neumann.

Postać ta, dla której po polsku proponujemy nazwę „właściwych suchot płucnych", w większości przypadków doprowadza w płucach do rozpadu i do wytworzenia się jam; jest to par excellence choroba płuc, jako narządu, odpowiadając pojęciu „isolierte Phtise" *Ranke'go;* do suchot bowiem w sensie wyniszczenia ogólnego dochodzi dopiero później.

Powstaje ona najczęściej u ludzi o wyżej wzmiankowanych cechach „beauté phtisique" dotąd zupełnie zdrowych, nie mających nigdy do czynienia z t. zw. „objawami szczytowemi" (jak stany podgorączkowe, poty nocne i t. p.) w sposób ostry wzgl. podostry, imitując na początku najrozmaitsze schorzenia, najczęściej grypowe. Chory zapada na wysoką ciepłotę ciała (która na początku ma charakter stały), uskarża się na ogólne rozbicie, ból głowy, łamanie w kończynach i t. p. Pobieżne badanie lekarskie nie wykryje nic szczególnego i choroba w przeważającej części przypadków ujdzie też za grypę. Lekarz jednak, znający dyskretny i podstępny początek właściwych suchot płucnych, zauważy nieraz (podkreślamy — niezawsze; zwłaszcza jest to trudne w czasie epidemji grypy) szereg osobliwości klinicznych, które już

w tym najwcześniejszym okresie choroby mogą naprowadzić na słuszne rozpoznanie.

Uderza czysty język przy zupełnym braku łaknienia (w grypie język zawsze jest obłożony), bladość przy rumieńcach i lekkosinawych wargach, duszność przy mówieniu, suchy, krótki kaszel, powodujący podczas jedzenia wymioty, silne poty nocne. Za pomocą badania fizykalnego na początku daje się stwierdzić niewiele, zwłaszcza wypukowo. Lekkie stłumienie z odcieniem bębenkowym nad jednym ze szczytów, lekkie zwężenie pola Kroenig'a z tej samej strony, przyczem opukiwanie szczytu tego jest często bolesne. Ważniejsze zmiany daje się stwierdzić za pomocą wysłuchiwania: obok oddechu zmienionego w kierunku pęcherzykowo - oskrzelowego, mniej lub bardziej zbliżonego do oskrzelowego, wysłuchują się (często dopiero po kaszlu lub przy pierwszym oddechu po dłuższem leżeniu na wznak), rzężenia o charakterze podtrzeszczeń. Według Neumanna rzężenia te mają być najbardziej charakterystycznym przedmiotowym objawem początkujących suchot płucnych. Nasze doświadczenia poucza nas — jak to zresztą niżej zobaczymy, — że niezawsze tak jest. Rzężenia te, o ile występują, wysłuchują się na ograniczonej tylko przestrzeni w jednym z t. zw. punktów Fowlera: w przyśrodkowej części dołka nadgrzebieniowego łopatki, albo w górnej części dołka pachowego , albo też w dołku Mohrenheim'a (rokowanie w tym ostatnim wypadku ma być gorsze). Już w bardzo szybkim czasie rzężenia te zmieniają swój odcień, przybierając charakter t. zw. rzężeń serowatych (Käserasseln — *Neumann'a*, craquement humide — autorów francuskich). Są to pojedyńcze, wyraźnie odcinające się dźwięczne, wilgotne, średnio bańkowe rzężenia. Jeszcze po pewnym czasie na ich miejsce zjawiają się rzężenia przelewające się (Gurgelndes Rasseln — gargouillement — francuzów) jako wyraz tworzącej się jamy. Jak niżej zobaczymy, niezawsze w początkowym okresie właściwych suchot płucnych występują dopiero co opisane za Neumann'em zjawiska wysłuchowe. Neumann bowiem, opierając się w swej monografji na pracach szkoły francuskiej z jej specjalną predylekcją do uwzględniania w pierwszym rzędzie zjawisk auskultacyjnych, kładzie też w rozpoznawaniu początkujących właściwych suchot płucnych największy nacisk na objawy wysłuchowe. Dziś jednak dzięki bardzo szerokiemu stosowaniu w pracy klinicznej promieni rentgenowskich wiemy już, jak niezmiernie często występują początkujące suchoty płucne mimo nieraz zupełnego braku wyżej wzmiankowanych objawów wysłuchowych. Przyczyna tego zjawiska tkwi w tem, że podkładem patomorfologicznym początkujących suchot płucnych jest t. zw. naciek wczesny. Mówiąc o nacieku wczesnym, mamy na myśli nie tylko nacieczenia, opisane w 1922/24 r. przez Assmann'a jako okrągławe ogniska o charakterze broncho - pneumonicznym, umiejscowione w okolicy podobojczykowej, w jej części odśrodkowej, przy wolnym od zmian chorobowych szczycie. Nacieczenia bowiem wczesne, występujące w początkowym okresie właściwych suchot płucnych, mogą mieć najrozmaitszy kształt (najczęściej wachlarzowaty, wyraźnie odcinający się na linji oznaczającej granice płatów — „marginale Infiltrate" — Fleischner'a) oraz moga być umiejscowione w najrozmaitszych okolicach płuc, aczkolwiek najczęściej w okolicy podobojczykowej *). Wynika to zarówno z prac Fleischner'a, Haudek'a, Redeker'a, Ickert'a, Lydtin'a i in., jak i z naszego własnego doświadczenia, z którego kilka charakterystycznych przykładów przytoczymy niżej.

Widzimy więc, że dla wczesnego rozpoznania początkujących suchot płucnych jest jaknajwcześniejsze stosowanie promieni rentgenowskich nieraz ważniejsze, aniżeli badanie fizykalne. Obok tego pierwszorzędną rolę odgrywa wczesne i częste badanie jaknajmniejszych nawet ilości wydobywanej plwociny. Widywaliśmy przypadki, gdzie lekarz, specjalista - bakterjolog, pracujący w swym zawodzie 30 lat, był zdumiony, znajdując w minimalnej ilości śluzowej plwociny liczne prątki.

Wczesne rozpoznanie nacieku wczesnego oparte na wczesnym badaniu rentgenowskiem oraz wczesnem badaniu plwociny, ma olbrzymie znaczenie praktyczne. Daje ono nam możność istotnie wczesnego racjonalnego leczenia suchot płucnych. A leczenie to, o ile ono ma naprawdę być celowem i na czasie stosowanem, powinno polegać na w c z e s n e m, t. zn. w tym

*) O podobojczykowem początku właściwych suchot płucnych wiedział już Dłuski w 1905 r.

właśnie początkującym okresie suchot płucnych, zastosowaniu sztucznej odmy piersiowej. A to z różnych względów. Przedewszystkiem właściwe suchoty płucne należą, jak to niżej zobaczymy, do tego rodzaju spraw w płucach, które w przeważającej części przypadków w bardzo krótkim czasie przechodzą drogą śródoskrzelową na drugą stronę, czyniąc sprawę dwustronną. Powtóre — uciskając wcześnie naciek, zapobiegamy, jak to nas uczy doświadczenie, powstawaniu większego rozpadu, wspomagamy wessanie wzgl. organizację. W przypadkach zaś, gdzie już jama powstała, mamy największe szanse jej dobrego ucisku i zagojenia: brak bowiem jeszcze wówczas większych zrostów, a naokoło jamy nie zdążyła się jeszcze wówczas wytworzyć trudno uciskalna gruba warstwa łącznotkankowa spotykana naokoło starych jam.

Niestety, większość lekarzy, i to uchodzących nieraz za najwybitniejszych specjalistów, zapatruje się jeszcze na te rzeczy inaczej, aczkolwiek z roku na rok widuje się postępy, jakie myśl ta czyni w ich umysłach. Lekarze ci, przeważnie rozumują w sposób następujący: po pierwsze, powiadają oni, i odma sztuczna daje duży odsetek ujemnych wyników, a powtóre, rozumują oni, wszak mamy dopiero do czynienia z początkowym okresem suchot płucnych; a wszak życie uczy nas, ile takich spraw nabiera charakteru włóknistego, dobrotliwego.

Na to można odpowiedzieć, co następuje: jeżeli chodzi o wyniki stosowania sztucznej odmy piersiowej, to wszyscy prawie autorzy *(Saugmann, Dumarest, Rist, Mandel, Szczepański, Lewin* i in.), mimo wysokiego jeszcze odsetku wyników ujemnych, metodę tę uważają za najskuteczniejszą ze wszystkich dotąd stosowanych środków leczniczych w gruźlicy płuc. Jeżeli teraz weźmiemy pod uwagę, że niewątpliwie duży odsetek przypadków, w których powyżsi autorzy stosowali sztuczną odmę piersiową, należał już do okresów dalej posuniętych, w których, jak wyżej uzasadniliśmy, leczenie odmą nie może już być takie skuteczne; jeżeli z drugiej strony weźmiemy pod uwagę, że. prawdopodobnie, pewien odsetek chorych tych należał nie do grupy opisywanej przez nas, jako grupy właściwych suchot płucnych, a do innych (Phtisis ulcero - fibrosa lub „gruźlicy młodocianych"—Pubertäts - Phtise, o których szczegółowo niżej), to zrozumiemy, jak wybitne wyniki można osiągnąć, stosując w c z e ś n i e sztuczną odmę piersiową. Nasze doświadczenie umacnia nas w tem coraz bardziej (w przyszłości zamierzamy ogłosić dokładne dane statystyczne; narazie wyniki nasze możemy określić sumarycznie, jako bardzo dobre).

Argument przeciwników stosowania w tym wczesnym okresie suchot płucnych sztucznej odmy, polegający na wyczekiwaniu, czy czasem sprawa nie nabierze charakteru włóknistego, musimy na podstawie naszego doświadczenia odrzucić z całą stanowczością. Mamy bowiem możność zbyt częstego spostrzegania, jak zdradliwe są zarówno w stosunku do chorego, jak i do lekarza, właściwe suchoty płucne. Jak często widujemy chorych, którzy z własnej winy, czy z winy lekarzy nieświadomych rzeczy, nie stosowali na czasie odmy, proszących się o ten zabieg wówczas, kiedy już sprawa stała się dwustronną i skuteczna pomoc zapóźną. Coprawda, bywa, że w pewnym odsetku przypadków sprawa istotnie likwiduje się, i to raz nazawsze, bez stosowania sztucznej odmy. Ale w olbrzymiej większości przypadków chorzy tacy, nieraz wcześniej, nieraz później, czasami dopiero po latach, giną. Albo w najlepszym wypadku powiększają armję inwalidów, pozbawionych możności samodzielnego utrzymywania się, męczących się latami, a co najważniejsze — zakażających otoczenie miljardami wypluwanych prątków. Wczesne natomiast stosowanie, we wcześnie rozpoznanym przypadku właściwych suchot płucnych, sztucznej odmy piersiowej jest w dużej większości przypadków sposobem radykalnego, całkowitego wyleczenia z tej choroby.

I my widujemy przypadki, w których, mimo odmy, chory ginie; i my widujemy i znamy powikłania występujące na skutek stosowania sztucznej odmy piersiowej, z ropnym wysiękiem włącznie, ale jeżeli porównamy to wszystko z tem, co się widuje w następstwie niewczesnego stosowania odmy, to nie można nie stać się gorącym zwolennikiem tej metody leczniczej. Ale — jeszcze raz podkreślamy — pod warunkiem w c z e s n e g o jej zastosowania we w c z e ś n i e rozpoznanym przypadku.

Owszem, przyznajemy, że, gdybyśmy

byli w stanie, w okresie wczesnego nacieku, powiedzieć, w którym przypadku choroba nabierze charakteru włóknistego, a w którym nie, — również wypowiedzielibyśmy się za metodą wyczekującą. Ale wobec tego, że narazie takiej ścisłej metody naukowej nie posiadamy (opieranie się na samym odczynie Biernackiego, jak to czyni wielu lekarzy, uważamy na podstawie naszego doświadczenia za niesłuszne), a z drugiej strony, wiedząc, że w większości przypadków wyczekiwanie jest równoznaczne z utratą możliwości skutecznej interwencji (bądź z powodu przerzutów do drugiego płuca, bądź z powodu zrostów), wolimy we w s z y s t k i c h rozpoznanych przypadkach nacieku wczesnego stosować odmę, nie licząc się z tem, że pewien odsetek możliwie wyzdrowiałby i bez naszej interwencji. Wystarczy przejrzeć tylko statystyki wielkich sanatorjów, jak nprz. Bligny, skąd nprz. *Guinaud* komunikuje, że po szeregu lat tylko 17% chorych prątkujących pozostało przy życiu (a statystyka ta odnosi się do olbrzymiego materjału, składającego się z dziesiątków tysięcy chorych), albo statystykę Warszawskiej przychodni przeciwgruźliczej, gdzie, jak wynika z pracy *Glassa*, z 785 prątkujących po 8-½ roku tylko 120 osób czyli ok. 15% cieszyło się dobrym stanem zdrowia, podczas, gdy reszta albo zmarła, albo skazana była na wymarcie, — wystarczy to, aby być stanowczym przeciwnikiem biernego zachowania się w tym okresie gruźlicy, kiedy jest możliwa jeszcze czynna interwencja z największym prawdopobieństwem dobrego wyniku.

Ze spokojnym sumieniem można wypowiedzieć zdanie, że jeżeli ktoś zginął z gruźlicy płuc mimo na czasie zastosowanej odmy, to i bez odmy napewnoby zginął. [illegible]e twierdzenie tego naodwrót byłoby [illegible]st nonsensem.

[illegible] traktowanie właściwych suchot [illegible]łoby [illegible]rzez szeroki ogół lekarski mia[illegible]znacze[illegible] zdaniem, również olbrzymie [illegible]go bowie[illegible] ł e c z n e. Ze wszystkie[illegible]że chorobę [illegible]owiedzianego wynika, [illegible]nie za pomocą [illegible]acjonalnie zwalczać [illegible]ilości sanatorjów [illegible] jak największej [illegible]przez świadomy stos[illegible]awczych, lecz [illegible]raktyków. W każdym [illegible]iej lekarzy [illegible]dku powinny być jakna[illegible]ym przy[illegible]ane badanie rentge[illegible]j zasto[illegible]raz bada-nie plwociny i, w razie dodatniego wyniku, — natychmiast odma sztuczna. W sensie społecznym największą przysługę pod tym względem może okazać rozbudowa jaknajwiększej ilości przychodni przeciwgruźliczych. Ale i to nie rozwiąże sprawy, o ile dokładna znajomość dyskretnego powstania i podstępnego przebiegu właściwych suchot płucnych, nowoczesnych metod ich wczesnego rozpoznania, a ewent. i leczenia nie staną się dobytkiem szerokiego ogółu lekarskiego. Od lekarzy bowiem w pierwszym rzędzie zależy racjonalnie społeczne zwalczanie tej klęski, jaką jest gruźlica płuc.

Przypadki wczesnego nacieku widujemy coraz częściej i w coraz większej ilości, a to głównie dzięki stosowaniu zasady że w każdym „podejrzanym" co do początkujących suchot płucnych przypadku stosujemy badanie rentgenowskie. Nie tu jest miejsce na przytoczenie licznych ciekawych przypadków z tej grupy chorobowej, ograniczamy się tylko do opisu kilku najbardziej charakterystycznych.

P r z y p a d e k I. Chory S. Z., lat 21. Uważa się za chorego od 7 tygodni, kiedy zapadł na grypę. Gorączkował do 39 przez kilka dni, później ciepłota ciała zaczęła opadać, ale ciągle trzymała się jeszcze w granicach stanu podgorączkowego. Podczas „grypy" kaszel miał być nieduży, z nieduża ilością plwociny; pacjent przytem bardzo się pocił, szczególnie w nocy. Lekarz, mimo kilkakrotnego badania, w płucach nic nie stwierdził. Przed 10 dniami wystąpiło nieznaczne krwioplucie. Zawezwany lekarz stwierdził nieżyt lewego szczytu i zalecił natychmiastowy wyjazd chorego do Otwocka.

Obecnie chory uskarża się na nieduży kaszel, (odpluwa bardzo mało), brak łaknienia i silne poty nocne. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Z wyjątkiem odry w dzieciństwie miał nie chorować. Badanie objektywne wykazuje: budowa doskonała, odżywianie niezłe, na policzkach wypieki, język czysty, tętno przyśpieszone — 120 na minutę, nieco miękkie; tętnica promieniowa miękka. Badanie płuc wykazuje: klatka piersiowa dobrze wysklepiona, nieznaczne zwężenie lewego pola Kroeniga, z tyłu nad lewym szczytem stłumienie do połowy łopatki, z przodu do drugiego żebra. Wysłuchowo poza nieco zaostrzonym wdechem i wydłużonym wydechem w lewej „zone d'alarme" — nic nieprawidłowego nie stwierdza się; ani po kaszlu, ani po dłuższem leżeniu żadnych rzężeń nie wysłuchuje się. W przeciwstawieniu do tak nikłych danych badania fizykalnego, Rentgen wykazuje olbrzymie o kształcie wachlarzowatym nacieczenie w lewej okolicy podobojczykowej; dokonane zdjęcie wykazuje wśród nacieczenia tego rozjaśnienie o niewyraźnych jeszcze konturach, świadczące o poczynającym się już rozpadzie. Badanie plwociny stwierdza obecność prątków od

10 — 20 w polu widzenia. — OB — 55‘. Narządy brzuszne, układ nerwowy — s. n., mocz s. n.

Zastosowana natychmiast odma dała doskonały wynik. W ciągu 5 miesięcy choremu przybyło na wadze 20 kl, chory nie kaszle, nie pluje, nie gorączkuje, nie poci się, zdolny do swej pracy zawodowej — biurowej. Choremu co 3 tygodnie dopełnia się odmę.

Z przypadku tego możemy wnioskować, jak nikłe wyniki w początkujących suchotach płucnych może dać badanie fizykalne i jak dużą rolę odgrywa badanie rentgenowskie oraz plwocin. W razie, gdybyśmy ten przypadek na czasie nie rozpoznali i nie zastosowali odpowiedniego leczenia, dalszy jego przebieg wyobrażamy sobie w ten sposób, że poczynający się rozpad doprowadziłby prawdopodobnie do powstania jamy, która albo dałaby fizykalne objawy takowej, albo też, jako „cavum muette“ posłużyłoby za punkt wyjścia do infekowania dalszych części płuc. I wówczas dopiero, kiedy objawy fizykalne wystąpiłyby już bardzo dobitnie, lekarz nieświadomy rzeczy, uważający moment wystąpienia objawów wysłuchowych za równoznaczny z momentem początkowym choroby, byłby dopiero w stanie postawić rozpoznanie, niestèty, dla chorego już spóźnione. Nasz sposób postępowania natomiast daje nam możność racjonalnej interwencji na czasie.

Przypadek II. Chora R. G., lat 32, artystka malarka. Zgłasza się w marcu 1928 r. Z rodziny zdrowej, poza chorobami zwykłemi w dzieciństwie miała dotychczas nie chorować. Przed 1-½ rokiem zapadła na grypę, po której się szybko i dobrze poprawiła. Pozostał tylko nieznaczny suchy kaszel i stany podgorączkowe. Udała się wobec tego do lekarza, który stwierdził wówczas, że płuca są w zupełnym porządku; podejrzewając jednak „sprawę gruczołową“, wysłał pacjentkę do Otwocka. Chora tu się doskonale poprawia. Nagle, wśród dobrego samopoczucia, i przybywania na wadze, chora „zaziębia się“. Zapada na gorączkę do 39,4, ogólne łamanie, silny ból głowy i nieznaczny suchy kaszel. Badanie objektywne poza lekkiem przytłumieniem z tyłu nad dolną granicą lewego płuca i ograniczoną ruchomością tegoż płuca nic nieprawidłowego (oddech i nad przytłumieniem — pęcherzykowy, może nieco osłabiony) nie wykazuje. Uderza tylko czysty język, sinawe wypieki, skłonność do pocenia się, duszność przy mówieniu i b. przyśpieszone tętno, — czyli objawy czysto toksyczne. Mocz s. n.. Po kilku dniach ciepłota wraca do poziomu podgorączkowego, chorej polepsza się łaknienie i w krótkim czasie osiąga ona dobrą poprawę. Podejrzana w kierunku płucnym zostaje wysłaną do Warszawy celem dokononia zdjęcia rentgenowskiego. Wraca z orzeczeniem jednego z najbardziej znanych rentgenologów warszawskich, że prześwietlenie klatki piersiowej nic nieprawidłowego poza wzmożonem cieniem wnęk i kilku zwapniałych gruczołów — nie wykazuje. I istotnie widać to wyraźnie na zdjęciu, gdzie szczególnie uwydatniona jest lewa wnęka. Chora nadal miewa stany podgorączkowe, — mimo przestrogi i porady pozostania w Otwocku celem dalszej obserwacji, wyjeżdża do Warszawy, gdzie jeden z wybitnych lekarzy-specjalistów orzeka, że pacjentka nic wspólnego nie ma z gruźlicą i może mimo stanów podgorączkowych powrócić do normalnej pracy.

Mija jednak nie więcej jak 10 tygodni i chora znowu zapada na „grypę“, po której znowu pozostają: osłabienie, utrata łaknienia, schudnięcie i stany podgorączkowe. W tym stanie pacjentka wraca do Otwocka. Badanie objektywne: poza dawniej skonstatowanem przytłumieniem nad dolną granicą lewego płuca i ograniczoną ruchomością tegoż płuca, wykazuje, obok osłabionego nieco oddechu, występujące od czasu do czasu zwłaszcza po kaszlu drobniutkie rzężenia o charakterze rzężeń serowatych (Käserasseln). Rzężenia te wysłuchują się w okolicy przykręgosłupowej na wysokości mniej więcej 7 kręgu piersiowego. Z trudnością wydobyta znikoma ilość plwociny wykazuje obecność 10 — 20 laseczników w p. w.. Prześwietlenie i zdjęcie (wykonane w Briusie przez kol. Glozmana) znowu poza wzmożonem cieniem wnęk wykazuje pola płucne ze szczytami włącznie powietrzne.

Kierując się jednak całym dotychczasowym przebiegiem i poprzedniemi obserwacjami tak bardzo podejrzanemi w kierunku początkujących właściwych suchot płucnych (Phtisis fibro-caseosa), a mając teraz jeszcze stwierdzoną obecność laseczników w plwocinie, jak również rzężenie serowate w okolicy wnękowej lewej, przy wzmożonem rentgenologicznie lewym cieniu wnękowym (przy powietrznych polach płucnych), wysnuliśmy wniosek, że siedlisko chorobowe, (które niewątpliwie musiało być usadowione wmiąższu płucnym) najprawdopodobniej mieści się w okolicy przywnękowej i to prawdopodobnie w ten sposób, że cień tego ogniska płucnego przy kierunku promieni tylno - przednim wzgl. przednio - tylnym sumuje się z cieniem wnęki. I dlatego jest na zdjęciach wykonanych właśnie przy tym kierunku promieni, niewidoczne. Udaliśmy się więc osobiście do Briusu i wspólnie z kol. Glozmanem przy odchyleniu pacjentki nieco lewym ramieniem ku przodowi t. zn. w wymiarze skośnym II stwierdziliśmy w miąższu płucnym tuż przy wnęce, wśród nacieczonej, jamę wielkości małej mandarynki. W tej też pozycji wykonano zdjęcie, które w zupełności potwierdziło obecność jamy. Chorej zastosowałem odmę piersiową, która mimo częściowych zrostów od tyłu dała wspaniały efekt kliniczny. Chora po 5 miesiącach stosowania odmy straciła już laseczniki, przestała kaszlać, pluć, gorączkować, pocić się i była zdolną do 8 godzinnej pracy (malowania). Po 2-½ roku zaprzestaliśmy chorej stosować odmę. Chorą uważamy za zupełnie wyleczoną i zdrową. Od czasu do czasu zjawia się tylko w celach kontrolnych.

Przypadek ten jest niezmiernie ciekawy przedewszystkiem z tego względu, że przebieg jego nietypowemi atakami „grypowemi“ z przewagą objawów ogólnych toksycznych nad objawami lokalnemi w płucach, nasunęły podejrzenie w kierunku początkujących właściwych suchot płucnych; że przeprowadzono badanie nawet znikomej ilości z trudem wydobytej plwociny, jak również dokładne badanie kliniczne (stwierdzenie subtelnych rzężeń serowatych) jeszcze bardziej utwierdziło w tem przypuszczeniu, i że odpowiednie ustawienie chorej przed ekranem rentgenowskim dało dopiero możność wykrycia rozpadłego już ogniska chorobowego i że wreszcie dzięki te-

mu wszystkiemu można było zastosować prawidłową metodę leczniczą (odmę piersiową), która chorą uratowała. Wkażdym razie znamiennym jest fakt, że od owego czasu chora na „grypę" więcej nie zapadała, przestała pluć i może być uważaną za osobę zdrową. Z punktu zaś widzenia pato-morfologicznego przypadek ten może posłużyć za typowy przykład niepodobojczykowego umiejscowienia się nacieku wczesnego.

Przypadek III. Chory B. F., lat 18, maturzysta. Z rodziny pochodzi zdrowej, z chorób przechodził tylko w dzieciństwie odrę. Przed czterema tygodniami zachorował na wysoką ciepłotę ciała bez jakichkolwiekbądź specjalnych dolegliwości. Odczuwał tylko nieznaczny ból przy połykaniu. Zawezwany lekarz skonstantował anginę. Mija jednak tydzień, drugi — gorączka pozostaje na wysokim poziomie. Mocz nic nieprawidłowego nie wykazuje. Chory ma zupełny brak łaknienia, chudnie, poci się. Zawezwany prof. Z. stwierdza suche zapalenie opłucnej z lewej strony i tem tłómaczy obecność wysokiej ciepłoty ciała. Mija jednak jeszcze tydzień — ciepłota ciała nie opada, chory nie poprawia się. Zostaje wezwany dr. L., który stwierdza u chorego zapalenie opłucnej z prawej strony, jak również „nieco osłabiony" prawy szczyt. W tym też czasie ciepłota ciała zaczyna się obniżać i w tym stanie chory zostaje przez dr. L. wysłany do Otwocka.

Przy badaniu stwierdza się: budowa prawidłowa, odżywianie nieco upośledzone, skóra i widoczne błony śluzowe — blade. Tętno 100',miękkie, nieźle wypełnione. Chory uskarża się tylko na podwyższoną ciepłotę ciała, która wieczorami sięga 37,5 — 37,6, jak również na brak łaknienia. Przez cały czas choroby chory zupełnie nie kaszle i nic nie odpluwa. Badania płuc wykazuje: dolna granica prawego płuca nieco upośledzona w ruchach; prawe pole Kroeniga zwężone; nad prawym płucem z tyłu stłumienie do kąta łopatki, z przodu do 3-go żebra; drżenie głosowe nieco wzmożone. Wysłuchowo: nad prawym płucem w „zone d'alarme" wdech zaostrzony, wydech wydłużony, żadnych szmerów dodatkowych; od przodu, pod obojczykiem, oddech pęcherzykowo-oskrzelowy z minimalną ilością subtelnych, występujących po kaszlu podtrzeszczeń. Płuco lewe bez zmian. Serce, narządy brzuszne, układ nerwowy — s. n. Zdjęcie rentgenowskie (kol. Glozman, Brius) wykazuje: pod prawym obojczykiem duży, jednolity, wachlarzowaty cień, wyraźnie odcinający się linją poziomą od dolnego jasnego pola płucnego na wysokości 4 żebra; w jednem miejscu tego jednolitego cienia już widoczne małe przejaśnienie zależne, prawdopodobnie, od poczynającego się rozpadu.

Czyli, że i w tym przypadku, który na początku uchodził za anginę, później zaś przyczyną gorączki miało być suche zapalenie opłucnej to z jednej strony, istotnym substratem pato-morfologicznym sprawy chorobowej był wczesny naciek podobojczykowy, i to znowu nie typowy, Assmann'owski, (t. zn. o charakterze okręgowego odśrodkowo położonego ogniska podobojczykowego), a o charakterze rozległego nacieku podobojczykowego sięgającego i kończącego się na pograniczu płatów. („marginale Infiltrate" Fleischner'a). Bardzo ciekawe jest przytem to, że przez cały czas choroby, mimo tak rozległych zmian w płucach, chory nie kaszlał i nie pluł.

Jest rzeczą oczywistą, że dawniej, kiedy z przyrządu Rentgena nie korzystano jeszcze w tak szerokiej mierze, przypadek taki nie byłby prawidłowo rozpoznany. Najlepszym dowodem tego może posłużyć fakt nieprawidłowego rozpoznania przypadku przez dwóch wybitnych klinicystów warszawskich, póki zastosowanie przez nas w Otwocku badania rentgenowskiego nie naprowadziło na prawidłowe rozpoznanie.

I, gdyby u tego chorego w przyszłości miało dojść do szerzenia się sprawy chorobowej w płucach i do powstania łatwo już wówczas za pomocą fizykalnego badania stwierdzalnych wyraźnych suchot płucnych, to podczas, gdy dawniej za początek tej choroby uważanoby ten właśnie moment wyraźnie stwierdzalnych objawów fizykalnych, dziś już za początek właściwych suchot płucnych będziemy uważać chwilę stwierdzenia przez badanie rentgenowskie nacieku wczesnego.

Ze względu na szczupłość miejsca, nie możemy tu przytoczyć nawet najbardziej charakterystycznych przypadków początkujących właściwych suchot płucnych, imitujących najrozmaitsze schorzenia. Uchodzą one na początku nietylko, jako angina— jak w dopiero co opisanym przypadku — ale i za zapalenie płuc (widywaliśmy niejednokrotnie przypadki, w których na początku lekarze zalecali stawianie ciętych baniek), i dur brzuszny (nierzadko widuje się ludzi z naciekiem wczesnym, którzy za pomocą ścisłej djety byli leczeni na dur brzuszny wzgl. u których krew była zbadana na odczyn Widal'a). Zresztą niedawno opisał *Keilson* z oddziału Sterlinga w Łodzi, trzy przypadki nacieku wczesnego, które również były traktowane jako dur brzuszny *). Nie wynika jednak bynajmniej z tego, abyśmy mogli stwierdzić, że jedynym sposobem wykrywania nacieków wczesnych jest badanie rentgenowskie, a badanie fizykalne roli nie odgrywa. Wręcz przeciwnie, na pierwszy plan powinno być wysunięte badanie kliniczne. Widzieliśmy wszak, że już same dokładne spostrzeżenie chorego (stwierdzenie charakterystycznych objawów toksycznych, jak: wypieki, czysty język przy wysokiej ciepłocie ciała, obfite poty i t. p.), kieruje naszą myśl w stronę początkujących suchot płucnych. Liczne są też przypadki, w których już badanie fizykalne daje możność stwierdzenia podtrzeszczeń

---

*) Charakterystycznem jest, że we wszystkich 3-ch przypadkach, w których odma nie była stosowana, wcześniej czy później wystąpiły zdeklarowane obustronne suchoty płucne.

w charakterystycznych punktach Fowler'a. Ale decydującym dla stwierdzenia nacieku wczesnego jest badanie rentgenowskie.

V.

Niestety, jak dotąd, właściwe suchoty płucne stosunkowo rzadko jeszcze bywają należycie rozpoznawane w tym wczesnym swym okresie, najbardziej obiecującym pod względem leczniczym. Najczęściej pierwszy atak chorobowy nie jest odpowiednio rozpoznawany, przyjmowany jest za grypę lub inne schorzenie, tembardziej, że w okresie rekonwalenscencji chory nader szybko się poprawia: wraca łaknienie, ginie gorączka i poty nocne, szybko przybywa na wadze, wraca normalna zdrowa cera, a nieraz wprost kwitnący wygląd. I nic dziwnego w tem, że chory b. często zaczyna uważać siebie za zupełnie zdrowego; ale co jest bardzo smutne, ten pozornie świetny stan często wprowadza w błąd nawet i lekarzy. Często bowiem lekarze starym zwyczajem zadawalniają się przybytkiem na wadze, zniknięciem gorączki i potów nocnych i t. p., zapominając, że dla właściwych suchot płucnych najbardziej charakterystycznym jest właśnie ten okresowy, z poszczególnych ataków składających sie, przebieg z jego szybkim, pozornym powrotem do zdrowia. A pozornym on jest dlatego, że po pewnym czasie (nieraz krótkim, innym razem później, nieraz dopiero po latach) znowu znienacka, nagle wśród pełnego zdrowia i dobrego samopoczucia, często bez widocznej zewnętrznej przyczyny (jakże często widuje się to w Otwocku wśród doskonałych warunków klimatycznych u pacjentów, którzy w pierwszym okresie kuracji osiągnęli doskonałą, ale, niestety, pozorną poprawę), chory taki znowu niby „się zaziębia", znowu niby zapada na „grypę". Znowu na pierwszy plan wysuwa się ciężki ogólny stan z wybitnemi dolegliwościami podmiotowemi, w zupełności imitujące schorzenie „zaziębieniowe". Dokładne badanie fizykalne wykryje w płucach nowe swoiste ognisko o charakterze i przebiegu zupełnie analogicznym do opisanego wyżej przy pierwszym ataku chorobowym. Nowe to ognisko, występujące w wyniku drugiego rzutu, nawału, („Schub"), umiejscawia się najczęściej w szczycie dolnego płata tej samej strony t. zn. wysłuchuje się ono nawewnątrz od łopatki na wysokości 3—4 kręgu piersiowego. Ognisko to podlega wszystkim przemianom, jakie wyżej opisaliśmy przy powstawaniu pierwszego ataku chorobowego: znowu w typowych przypadkach na początku wysłuchują się podtrzeszczenia, później na ich miejsce zjawiają się rzężenia serowate, później jeszcze — rzężenia przelewające się, wreszcie już po wydaleniu rozpadłych mas będziemy mieli przed sobą oddech i objawy auskultacyjne charakterystyczne dla jamy lub też blizny. Równolegle z temi przemianami pato - morfologicznemi, klinicznie stwierdzają się odpowiednie zmiany w przebiegu ciepłoty ciała, która z ciepłoty o typie stałym, poprzez ciepłotę o typie remitującym, — w okresie oczyszczania się jamy wzgl. bliznowacenia nabiera charakteru stanu podgorączkowego. Jednocześnie występuje z zadziwiającą szybkością poprawa zewnętrzna, ogólna i podmiotowa, w wyniku której chory znowu wraca do pozornego zdrowia. Badanie fizykalne w tym okresie, w przeważającej części przypadków, umożliwia już prawidłowe rozpoznanie; dokładne zaś badanie nieraz minimalnej ilości plwociny wykaże już obecność laseczników Kocha. Ale narazie przed III-im „rzutem", póki sprawa, jak to niebawem zobaczymy, nie przeszła jeszcze na drugie płuco, chorego, za *Neumannem,* zaliczamy do grupy Phtisis fibr. - cas. - *incipiens.* Nie jest przytem wykluczone, że sprawa chorobowa na tem stanie; będziemy wówczas mieli Phtisis fibr. - cas. - incipiens — *secundario-fibrosa.* Ale zdarza się to w znikomej mniejszości przypadków. Najczęściej bowiem sprawa chorobowa posiada tendencję do posuwania się dalszemi poszczególnemi atakami.

Trzeci nawał umiejscawia się już nie w tym samem płucu, a często już po stronie przeciwnej, a mianowicie w szczycie dolnego płata płuca dotąd zdrowego. Po ukończeniu ataku tego mamy już, w przeważającej części przypadków przed sobą zdeklarowany typ z grupy właściwych suchot płucnych, o którego cechach już wzmiankowaliśmy ogólnikowo poprzednio. Mianowicie, mamy przed sobą chorego o podkreślonej wyżej sprzeczności pomiędzy wyglądem zewnętrznym, a poważnemi zmianami w płucach. Przy badaniu płuc zwraca uwagę jednoczesna obecność obok siebie najrozmaitszych objawów przysłuchowych: słyszy się obok oddechu oskrzelowego, bez lub z odcieniem dzbanowym, oddech pęcherzy-

kowo-oskrzelowy i pęcherzykowy; obok rzężeń dźwięcznych — najrozmaitszego kalibru rzężenia zwykłe, wilgotne,—czyli t. zw. „Nebeneinander“ zjawisk auskultacyjnych *Neumanna*. Od III-ego „rzutu“ też chorobę uważamy już za Phtisis fibr.-cas. - *confirmata*. Ale i w tym jeszcze okresie jest możliwe uspokojenie się sprawy chorobowej i zaprzestanie dalszego postępowania. Będziemy wówczas mieli Phtisis.-fibr.-cas. confirmata *secundario fibrosa*.

Najczęściej jednak choroba posuwa się nadal skokami aż doprowadza chorego do ostatecznego kresu, kiedy ten rażący dysproporcją objawów chory marnieje i mamy przed sobą już t. zw. *Phtisis desperata*.

Już teraz ten charakter napadowy, okresowy, powstawania nowych ognisk zatraca się, gorączka staje się uporczywą, często o charakterze hektycznym, na pierwszy plan wysuwa się ogólne wyniszczenie (Kachexia), często też w tym okresie dominują powikłania ze strony krtani i jelit.

Ale nawet i w tym ostatnim już tak daleko posuniętym okresie choroby może jeszcze nastąpić remisja na miesiące, a nieraz nawet na lata. Będziemy wówczas mieli Phtis. fibr.-cas.-desperata *sec. fibrosa*.

Z chwilą jednak, kiedy u takich chorych występują obrzęki na nogach można z dużym prawdopodobieństwem przepowiedzieć, że dłużej ponad miesiąc chory żyć nie będzie. Kiedy zaś chory taki w tak daleko już posuniętym okresie zaczyna nagle dobrze jeść, wykazuje bardzo dobre samopoczucie, ciepłota ciała spada, wówczas, według *Marfana*, można z dużym prawdopodobieństwem przepowiedzieć zgon w ciągu tygodnia.

Tak kończą się w olbrzymiej większości przypadków właściwe suchoty płucne już po 2-5-7 latach. W wyjątkowych tylko razach już po jednym wzgl. kilku atakach następuje nieraz chwilowy, trwający krótko, a nieraz przeciągający się na całe lata, spokój; albo też w wyjątkowych razach może nastąpić wyzdrowienie zupełne. Ale, jak już zaznaczyliśmy, większość chorych ginie już po kilku latach, według *Neumanna*, maximum 7 lat. Nakłada to na lekarzy wielki obowiązek i odpowiedzialność w sensie jaknajwcześniejszego rozpoznania początkujących właściwych suchot oraz jaknajwcześniejszego ich racjonalnego leczenia za pomocą odmy piersiowej. Warto przypomnieć tu myśl wypowiedzianą przez *Rist'a* na Zjeździe przeciwgruźliczym w Waszyngtonie w 1926 r., że „większość przypadków gruźlicy, które kończą się śmiertelnie, była przynajmniej przejściowo w takim okresie, że nadawały się do leczenia odmą“. Od siebie możemy dodać, że ten „przejściowy okres“ trwa, niestety, zbyt krótko; i tem większa ciąży na lekarzu odpowiedzialność, jeżeli ten szybko mijający okres choroby nie wykorzysta racjonalnie w sensie rozpoznawczo-leczniczym.

Przypomniemy też zdanie *S. Sterlinga* wypowiedziane na Zjeździe Tow. Int. Polsk. w Wilnie w 1929 r. o odmie, że jest to „jedyna metoda w lecznictwie suchot rozwiniętych, która nie zawiodła pokładanych nadziei“.

Warto też przytoczyć statystykę *Rist'a*, obejmującą przeszło 1000 pacjentów w okresie 1912—1926, leczonych za pomocą odmy, z której wynika, że 25% było wyników pomyślnych t. zn. zupełnie zdrowych, albo zdolnych do pracy, nieprątkujących; podczas gdy w przypadkach, gdzie były zrosty lub gdzie chorzy odmówili stosowania tego zabiegu, niema ani jednego w stanie poprawy; zmarłych zaś lub niezdolnych do pracy z tej kategorji było 91%. Charakterystycznem jest, że Rist wypowiada przytem przypuszczenie, że wyniki byłyby znacznie lepsze, gdyby zabieg był stosowany wcześniej. Czyli że i z tej strony mamy potwierdzenie naszej zasadniczej tezy.

Zresztą, dodatnie wyniki, jakie otrzymuje sie we właściwych suchotach płucnych przez stosowanie sztucznej odmy piersiowej mają poniekąd swe wytłómaczenie w pewnych patogenetycznych właściwościach tego schorzenia. Chodzi bowiem o to, że właściwe suchoty płucne należą do t. zw. „isolierte Phtise“ Ranke'go, będąc par excellence chorobą narządową — płuc. Badania anatomo-patologiczne*, zwłaszcza szkoła Aschoff'a) oraz dane rentgenologiczne (*Haudek, Fleischner* i in.) przemawiają za tem, że w tej postaci chorobowej nowe ogniska powstają w płucach nie na skutek dostania się do nowego miejsca zarazka drogą krwi lub chłonki, a drogą aspiracji, drogą oskrzeli (bronchogen). Przez stosowanie więc w tej postaci chorobowej sztucznej odmy piersiowej ma się możność zam-

*) Niestety, brak miejsca nie pozwala nam na przytoczenie tu szczegółowych danych.

knięcia za pomocą ucisku tych miejsc chorobowych (głównie jam), które służą za punkt wyjścia do infekowania drogą śródoskrzelową dalszych okolic płuc. Dlatego też właściwe suchoty płucne są tą postacią gruźlicy płuc, w której stosowanie odmy piersiowej jest jedyną najskuteczniejszą bronią. Im wcześniej sprawa chorobowa będzie rozpoznana, im wcześniej zabieg ten będzie stosowany, tem lepsze będą wyniki. Wszelkie przesądy, wszelki konserwatyzm musi być pod tym względem odrzucony.

* * *

W końcu tego rozdziału chcielibyśmy tylko pokrótce wzamiankować o dwóch typach chorobowych z grupy właściwych suchot płucnych, których względnie dobrotliwy charakter powinien być znany i lekarzowi-praktykowi.

1. Tuberculosis (Phtisis) cavitaria stationaris.

Krótka charakterystyka tego typu będzie następująca: stan ogólny i wygląd zewnętrzny doskonały, często cechy „beautê phtisique". Dolegliwości minimalne, albo prawie żadne. Kaszel prawie żaden, albo tak nieznaczny, że chory na niego prawie nie zwraca uwagi (przyzwyczaja się). Względnie często zapada na nieżytv oskrzeli. Badanie przedmiotowe u tych chorych w jednych wypadkach stwierdzi fizykalne objawy przemawiające za obecnością jamy, w innych zaś przypadkach istnienie jamy może być wykazane tylko rentgenologicznie, badanie fizykalne natomiast stwierdzi tylko obecność rozległej blizny. Ciekawem jest, że najczęściej stwierdza się to w płucu lewem. Chory taki, wobec braku dolegliwości uważa siebie za zdrowego i niejednokrotnie o chorobie swojej dowiaduje się przypadkowo od lekarza wzywanego z okazji jakiegoś przypadkowego nieżytu oskrzeli lub krwioplucia. Plwocina w tych przypadkach, aczkolwiek odpluwana nieraz w minimalnych tylko ilościach, niejednokrotnie zawiera laseczniki Kocha, ale może też ich i nie zawierać. Rokowanie w tych przypadkach jest b. dobre. Chorzy tacy przez długie lata czują się b. dobrze. Jeżeli im coś grozi, to, raczej krwotok, albo wtórna infekcja (do której są skłonni) nprz. nieżyty oskrzeli, aniżeli zwykły. posuwający się pojedyńczemi atakami przebieg właściwych suchot płucnych. Dlaczego w tym przypadku, w którym nawet doszło do rozpadu, i wytworzenia się jamy, ustrój nagle i ostatecznie zareagował wytwórczo, nie dopuszczając do dalszego rozwoju sprawy chorobowej w płucach, narazie odpowiedzieć nie możemy.

2. Phtisis fibr.-cas. corticalis.

Pokrótce typ ten można scharakteryzować w sposób następujący: wygląd zewnętrzny oraz stan ogólny — dobry, a często nawet doskonały (t. zw. „fette Phtisen"— autorów niemieckich, u nas niedawno opisywał je Rudzki, jako „gruźlicę otyłych"). W przeciwieństwie do tego, wybitnie zaznaczone patologiczne objawy fizykalne. Mianowicie na dużej przestrzeni jednego płuca — najczęściej jest sprawa jednostronna, przeważnie po stronie lewej — obok stłumienia występują na dużej przestrzeni jednolite, wyraźne, dźwięczne rzężenia; a co ciekawsze, oddech jest przytem pęcherzykowy. Ten charakter rzężeń można wytłómaczyć tem, że ta postać suchot płucnych zawsze idzie w parze z wybitnie zaznaczonemi zmianami opłucnowemi; często też powstaje ona u fizyków, skłonnych do odczynu ze strony opłucnej w postaci suchego wzgl. wysiękowego jej zapalenia. W tej sprawie chorobowej zmiany w miąższu płucnym nie sięgają głęboko, a usadowione są płytko pod opłucną i dlatego też rzężenia występują tak wyraźnie, dźwięcznie przy mało zmienionym oddechu. Przebieg tej postaci suchot płucnych jest dobrotliwy i, w każdym razie, o wiele łagodniejszy, aniżeli zwykłych suchot płucnych. Czy na dobrotliwszy przebieg tej postaci chorobowej ma wpływ to, że ognisko chorobowe, będąc usadowione blisko opłucnej, wcześnie wciąga ją w grę z jej olbrzymiemi drogami chłonnemi, odgrywającemi dużą rolę uodparniającą, czy też ma tu znaczenie rodzaj zarazka, który będąc mniej jadowitym wykazuje przytem skłonność do wciągania w grę opłucnej, narazie jest nam nieznane.

Te dwie, względnie dobrotliwsze odmiany właściwych suchot płucnych przytoczyliśmy dlatego, że mogą ono łatwo lekarza, nieświadomego rzeczy, wprowadzić w błąd. Mimo bowiem napozór b. daleko posuniętych zmian w płucach, lekarz nie powinien — wbrew temu, co się nierzadko widuje ze strony niektórych lekarzy — chorego takiego uważać za skaza-

nego już w najbliższej przyszłości. Chorzy tacy mogą żyć długiemi, a nieraz nawet b. długiemi latami. Mamy nprz. w obserwacji pacjentkę cierpiącą na Phtis.-f.-cas. corticalis od 32 l., a której stan jest, mimo wielu przejść przez ten czas (krwotoków i t. p.) wcale dobry.

Nie chcąc się powtarzać, powiemy tylko krótko, że odsetek przypadków o dopiero co opisanym względnie dobrotliwym przebiegu w stosunku do olbrzymiej ilości ginących na skutek nieracjonalnego, spóźnionego rozpoznawania i leczenia właściwych suchot płucnych, jest tak nikły, że za jedynie słuszne musimy uważać: wczesne stosowanie odmy piersiowej we wcześnie rozpoznanym przypadku właściwych suchot płucnych.

Grupa gruźlicy krwiopochodnej (haematogennej).

W przeciwieństwie do typów klinicznych z grupy właściwych suchot płucnych, chorzy z tej — drugiej naszej olbrzymiej grupy chorobowej — cechują się klinicznie przewagą dolegliwości podmiotowych i upośledzeniem stanu ogólnego przy znośnym anatomicznym stanie płuc.

Zanim przystąpimy do omówienia tej grupy chorobowej, musimy choćby kilka słów poświęcić jej patogenezie. Już z prac doświadczalnych *Ortha, Rabinowitscha, Schlossmanna, Engla, Besançona, Jousseta, Lesiera, Bongert'a* i in. oraz z nauki *Ranke'go* wiemy, jak olbrzymią rolę odgrywa, w powstawaniu nowych ognisk w gruźlicy płuc, droga krwiopochodna (haematogenna). Z obserwacji klinicznej wiemy, że gruźlica płuc przy jednoczesnych schorzeniach chirurgicznych (które — rzecz jasna — mogły zostać wywołane tylko przez laseczniki przyniesione drogą krwiobiegu), prawie zawsze ma przebieg łagodny. Są jednak i takie postacie kliniczne gruźlicy płuc, przy których w płucach dają się stwierdzić takie same krwiopochodne ogniska, jakie się spotyka w płucach u chorych z t. zw. gruźlicą chirurgiczną, ale bez jednoczesnej gruźlicy chirurgicznej. Takich właśnie chorych uważamy za należnych do grupy krwiopochodnej haematogennej.

Na czele tej grupy chorobowej musimy postawić typ T u b e r c u l o s i s f i b r o s a d e n s a *(Bard-Piėry-Neumann)*. Należą tu chorzy przeważnie asteniczni, wątli, o długiej wąskiej klatce piersiowej i odstających łopatkach; bladzi, o zapadniętych policzkach i uduchowionych oczach. Są to przeważnie chorzy bardzo pobudliwi, podnieceni, zawsze zmęczeni, zawsze pełni skarg na najrozmaitsze dolegliwości ze strony klatki piersiowej (kłócie w piersiach i t. p.), serca i żołądka. Chorzy tacy, przeważnie uskarżają się na brak łaknienia, albo też, mimo nieraz bardzo obfitego odżywiania, pozostają chudzi. Często słyszy się od tych chorych o długotrwałych stanach podgorączkowych, potach nocnych i bezsenności.

Podmiotowe badanie płuc u tych chorych wykazuje prawie zawsze tak nieznaczne zmiany, że z trudnością mogą one nam wytłomaczyć mnogość skarg chorego. Mimo to badanie fizykalne płuc u tych chorych daje bardzo charakterystyczne wyniki. Mianowicie, stwierdza się zawsze dwustronne zwężenie pól Kroeniga oraz dwustronne stłumienie nad szczytami przy nikłych objawach wysłuchowych (oddech pęcherzykowy zaostrzony z wydechem wydłużonym, albo też oddech pęcherzykowo-oskrzelowy z najrozmaitszem nasileniem odcienia oskrzelowego). Jednocześnie u tych chorych b. często stwierdza się, mimo nieraz młodego wieku, rozedma płuc, z obniżonemi, małoruchomemi dolnemi granicami płuc, z przykryciem bezwzględnego stłumienia serca. Najbardziej jednak znamiennem jest to, że u chorych tych, mimo nieraz bardzo młodego wieku, stwierdza się twarde tętnice promieniowe; chorego takiego wystarczy wziąć za tętno i już charakter tętnicy nasunie podejrzenie w kierunku gruźlicy krwiopochodnej z jej dwustronnem stłumieniem nad szczytami. Dość często też u chorych stwierdza się macalna, twarda śledziona.

Ten wynik badania fizykalnego ma swe wytłomaczenie w patogenezie i anatomji patologicznej tego schorzenia, na których szczegółowe rozpatrzenie, niestety, brak nam tu miejsca. Wspomnimy tylko, że anatomo-patologicznie u chorych tych w szczytach stwierdza się guzowate blizny, które na przekroju wykazują powierzchnię szyfrowaną, składającą się z licznych, gęsto ułożonych obok siebie czarnych, szarych i żółtych guzków, które drobnowidzowo

przedstawiają się jako zbliznowaciałe gruzełki.

Zasadniczo należy tę postać chorobową zaliczyć do najbardziej łagodnych i dobrotliwych przejawów gruźlicy płuc u dorosłego. Ale z patogenezą tego schorzenia łączy się szereg powikłań, które tu spotykamy, a które w tem miejscu możemy tylko pokrótce wymienić. A więc: 1) „nawał prosówkowy“ („miliarer Schub“), polegający na tem, że drogą krwi powstają w płucach umiejscowione na ograniczonej przestrzeni, przeważnie w szczytach, prosówkowe procesy, cechujące się klinicznie często b. wysoką ciepłotą ciała, którą à propos chory znosi tak dobrze, że raczej dowiaduje się o niej z termometru, aniżeli ze swego samopoczucia; nieraz też wysłuchuje się w tych miejscach przez dłuższy czas drobne, wilgotne rzężenia, 2) „gruźlica oponowa“ („meningeale Tuberkulose“) *Deycke'go*, cechująca się anatomicznie tylko obecnością gruzełków w oponach bez charakterystycznego galaretowatego wysięku, 3) wystąpienie ognisk „chirurgicznych“ w najrozmaitszych narządach: nerkach, mózgu (tuberculum solitare), nadnerczach (obrazy adissonoidalne), tarczycy, jako samoistna gruźlica krtani, jako samoistna gruźlica jelit (te ostatnie dwa powikłania, które u typów chorobowych z tej grupy nazwaliśmy za *Deycke'm* „samoistnemi“, wykazują zupełnie inny charakter i rokowanie — jako powstałe na drodze krwiopochodnej, aniżeli powikłania ze strony tych samych narządów, występujące drogą śródkanalikową w przebiegu właściwych suchot płucnych.

Wreszcie w pewnych warunkach (u ludzi młodych przy załamaniu się sił odpornościowych ustroju z powodu niedojadania, niedosypiania i t. p.; u osób starszych, kiedy odporność słabnie z powodu wyczerpania sił życiowych komórek ustrojowych) stare blizny szczytowe ulegają rozpadowi, tworzą się jamy, które ze swej strony już mogą służyć i często służą za punkt wyjścia do dalszego szerzenia się gruźlicy w płucach drogą śródoskrzelową. Mamy wówczas przed sobą p h t i s i s u l c e r o - f i b r o s a, czyli rozpadowe suchoty płucne u ludzi, którzy uprzednio cierpieli na t. zw. „sprawy szczytowe“, czyli u typów z grupy krwiopochodnej. W przeciwieństwie do pojęcia właściwych suchot płucnych proponujemy tu nazwę s u c h o t w t ó r n y c h. Oczywiście, dużą rolę w prawidłowej ocenie tych przypadków, zwłaszcza jeśli chodzi o stwierdzenie obecności jam, odgrywa tu badanie rentgenowskie oraz rozbiór plwocin; z powodu bowiem zmian rozedmowych objawy wysłuchowe mogą być b. nikłe (b. ważne dla wykrywania gruźlicy u starców, często nieswiadomych siewców prątków).

Jeszcze kilka słów poświęcimy t. zw. „prosówce dyskretnej“ (miliaris discreta — „granulie discrète“ — *Bard-Neumann)*. Jest to dobrotliwa prosówka ogólna, imitująca najrozmaitsze obrazy kliniczne (gorączkę „gastryczną“, Typhobacillose *Landouzy'ego*, „maski“ *Sokołowskiego* i t. p.). Za życia postawić należyte rozpoznanie jest często bardzo trudno, aż po pewnym czasie nie wystąpią wyraźne objawy, cechujące typ Tbc. fibrosa densa, co dopiero ex post wytłómaczy nam poprzednio nieustaloną przyczynę gorączki. W przypadkach „miliaris discreta‘ tylko przypadkowa (t. zn. z innych względów dokonana) sekcja wykazuje obecność pojedyńczych gruzełków w najrozmaitszych narządach ze szczególną predylekcją do błon surowiczych (opłucnej, osierdzia, otrzewnej, stawów) oraz gruczołów chłonnych nadnerczy, oczu (gruzełki stwierdzalne za życia w naczyniówce, ciałku rzęsnem), prawie zawsze śledziony, której powiększenie w tych przypadkach często stwierdza się wypukowo, a nawet wymacalnie.

W końcu tego rozdziału o gruźlicy krwiopochodnej wspomnimy pokrótce o jeszcze jednej haematogennej grupie chorobowej, która w zasadzie daje absolutnie dobre rokowanie. Jest to „Pleurite à répétition“ — *(Pièry-Neumann)*, gdzie, mimo niewątpliwej obecności i łatwej stwierdzalności zmian w szczytach płucnych z całą pewnością chorego uważać można za zabezpieczonego od suchot płucnych.

Znamiennem dla tej postaci jest: klinicznie — okresowe wystąpienie, zwłaszcza na jesieni i wiosnę, w typowych miejscach suchego zapalenia opłucnej z podwyższoną ciepłotą ciała, bólami i t. p.; anatomicznie — brak w ogniskach chorobowych zarówno makro- jak i mikroskopowo typowych zmian gruźliczych, t. zn. komórek olbrzymich, zserowaceń, zwapnień i t. p. Jest to typ gruźlicy t. zw. zapalnej (Tubercu-

lose inflammatoire Poncet'a). Typowe są zmiany spotykane w tej postaci gruźlicy płuc w innych narządach: stawach (choroba Poncet'a), nerkach, (białkomocz *Teissier'a)*, a najbardziej charakterystyczne są zmiany spotykane w oku *(Michel, Stock, Hippel)*.

*

* *

Przystępujemy obecnie do krótkiego — na ile nam pozwala tu miejsce — omówienia t. zw. „grupy zespołu pierwotnego". Jak wiadomo zespół pierwotny w płucach, — na który składa się pierwotne miejsce osiedlenia się zarazka w płucach i odpowiednio przynależne drogi i gruczoły chłonne — najczęściej występuje już w wieku dziecięcym. Ale nie w 100%-ach, bo niewątpliwie — jak to wykazali *Ranke, Ghon, Neumann* i in. — zespół pierwotny może wystąpić, powodując odpowiednie objawy kliniczne i u dorosłych, dotąd wolnych od gruźlicy. *Ranke* nprz. opisuje świeży zespół pierwotny spotkany na sekcji u 72-letniego starca, u którego jakiegokolwiekbądź innego dawniejszego, zagojonego ogniska w płucach znaleść nie można było.

Za *Neumann'em* w grupie tej rozróżniamy u dorosłego: „zwykły zespół pierwotny", który wykrywa się przypadkowo przy badaniu chorego z jakichkolwiekbądź innych względów. Stwierdza się mianowicie — zależnie od umiejscowienia ogniska pierwotnego, bądź blisko opłucnej, bądź w szczycie — albo ograniczoną ruchomość dolnej granicy z przodu lub z tyłu, albo też t. zw. obnażenie serca (denudatio), albo też stłumienie nad jednym ze szczytów płucnych (Tbc. abortiva). Klinicznie ten „zwykły" (t. zn. zagojony, nieczynny) zespół pierwotny nie daje żadnych objawów i jest przez chorego zazwyczaj zupełnie nie odczuwany. Inaczej się rzecz ma z t. zw. „zapalnym zespołem pierwotnym" (entzündlicher primärkomplex — *Neumann)*. Tu na pierwszy plan wysuwają się objawy powodowane „zapaleniem okołoogniskowem" (perifokale Entzündung) nie tyle naokoło ogniska pierwotnego, stanowiącego, jak wiadomo, składową część zespołu pierwotnego, ile naokoło jego drugiej składowej części — gruczołów okołoskrzelowych. Niestety, brak miejsca nie pozwala nam tu na zastanowienie się zarówno nad błędami tych, co zbyt często rozpoznają „powiększone gruczoły okołoskrzelowe" — a zwłaszcza tych, co chcą w rozpoznaniu tem opierać się głównie na badaniu rentgenowskiem — jak również do wykazania niesłuszności postępowania tych lekarzy, co wogóle nie uznawają t. zw. „spraw gruczołowych" u dorosłych. Albowiem „zapalny zespół pierwotny" może właśnie klinicznie przejawić się, jako sprawa czysto gruczołowa ze znanemi objawami *(Kraemer'a, Koranyi'ego, Smith'a, Petruschky,ego, D'Espine-Barot'a, Hoffmann'a* i in.), jako anisocoria, striae venosae i t. p. — (przyczem, oczywiście, niezawsze są i muszą być obecne wszystkie wspomniane objawy). Mamy też wówczas stany podgorączkowe, poty nocne, chudnięcie i t. p.

Może też „zapalny zespół pierwotny", wskutek silnego zapalenia okołoogniskowego powodować (wskutek anatomicznego sąsiedztwa), wysiękowe zapalenie opłucnej, szczególnie prawej (która, jak wynika z prac *Sukiennikowa,* stoi w ścisłym związku z prawą przestrzenią tchawiczo-oskrzelową), lub też osierdzia (sąsiedztwo dolnej grupy tchawiczo-oskrzelowej).

Może też „zapalny zespół pierwotny" imitować schorzenia innych narządów (serca, żołądka, przełyku); błędne rozpoznanie wad serca nprz. powstaje w ten sposób, że obnażenie (denudatio) imituje zmienioną konfigurację serca, częste zaś w tych przypadkach szmery czynnościowe — organiczne. W ten sam sposób odbywa się błędne rozpoznawanie t. zw. triady *Zweig'a* (wrzód żołądka, wzgl. dwunastnicy, zapalenie pęcherzyka żółciowego, zapalenie wyrostka robaczkowego); przyczyną dolegliwości w tych przypadkach jest albo usadowienie się zespołu pierwotnego, z jego silnem zapaleniem okołoogniskowem, blisko opłucnej śródpiersiowej, osierdzia wzgl. przepony; albo też zachodzi ucisk ze strony powiększonych gruczołów przywnękowych na nerw błędny *(Potain, Reitter* i *Singer);* albo też wreszcie ma miejsce promieniowanie bólu ze strony nerwu przeponowego w kierunku wyrostka robaczkowego *(Neumann, Kleinschmid)*.

Rozpoznanie w tych przypadkach jest nieraz bardzo trudne, ale o tych rzeczach nie powinno się zapominać, bo zamiast tuczyć chorego można przez długotrwałe sto-

sowanie djety wyrządzić mu dużą krzywdę.

Kończąc rozdział ten o „grupie zespołu pierwotnego“ chcielibyśmy jeszcze raz zwrócić uwagę na wzmiankowaną już powyżej Tbc. abortiva, której podkładem anatomicznym jest usadowione w szczycie nieczynne ognisko pierwotne. Znajomość tej postaci chorobowej ma bardzo ważne praktyczne znaczenie, albowiem często występują tu krwawienia płucne, których absolutnie dobre rokowanie i niewinny charakter muszą być dobrze znane każdemu lekarzowi-praktykowi.

* * *

Opisaliśmy więc trzy najważniejsze grupy chorobowe, w jakich przejawić się może gruźlica płuc u dorosłego: 1) grupę właściwych suchot płucnych, 2) grupę gruźlicy krwiopochodnej i 3) grupę zespołu pierwotnego.

Chcielibyśmy jednak tu jeszcze choćby pokrótce wzmiankować o dwóch postaciach klinicznych, nie dających się umieścić we wskazanych grupach, a których znajomość praktyczna posiada jednak ważne znaczenie: 1) *„suchoty nawałowe“* (Phtisis fibr.-cas. congestiva — *Bard-Neumann)*, stojące na pograniczu pomiędzy gruźlicą przewlekłą a ostrą (której to ostatniej nie mamy tu zamiaru opisywać), 2) g r u ź l i c a w i e k u m ł o d o c i a n e g o — (Pubertätsphtise), którą wcale nierzadko spotyka się już w wieku dalekim od młodzieńczego.

Najbardziej charakterystyczne cechy suchot nawałowych są następujące: początek i fizykalne objawy zwykłego płatowego zapalenia płuc, z charakterystycznym głośnym oddechem oskrzelowym; brak jednak zwykłego przesilenia i przewlekanie się wysokiej ciepłoty ciała przez długie tygodnie; długie utrzymywanie się objawów fizykalnych w stanie niezmienionym; często zadziwiająco dobry ogólny stan, mimo długotrwałych stanów gorączkowych i b. poważnych zmian w płucach; brak leukocytozy we krwi; brak objawu zmniejszenia się ilości chlorków w moczu; stała obecność laseczników w plwocinie. Podkładem anatomicznym jest w tej postaci olbrzymie nacieczenie okołoogniskowe, które w dużym stopniu może uledz wessaniu, aczkolwiek często też z pozostawieniem jamy. B. ważnem jest, że rokowanie w tych przypadkach nie jest b. złe i w każdym razie niewspółmiernie z rozległością i ciężkością schorzenia płucnego.

Gruźlicę wieku młodocianego charakteryzuje jednoczesne szerzenie się sprawy chorobowej drogą chłonki, krwi i oskrzeli, tak że anatomo-patologicznie i rentgenologicznie obok ognisk wysiękowych stwierdza się ogniska typu prosówkowego. Klinicznie mamy tu przed sobą typ chorego z grupy krwiopochodnej (często asteniczna budowa, twarde naczynia obwodowe, powiększona twarda śledziona i t. p.) przy wielodźwięcznych objawach przysłuchowych, spotykanych we właściwych suchotach płucnych. Charakterystycznem dla tej postaci chorobowej jest nieoczekiwane powstawanie nowych ognisk w najrozmaitszych okolicach płuc, tak że stosowanie odmy nie zabezpiecza w tych przypadkach od nagłego powstania ognisk w płucu drugiem. Naogół rokowanie nie jest dobre, i sprawa przebiega dość ostro. Bywa jednak nierzadko, że sprawa się umiejscawia i nabiera przebiegu właściwych suchot płucnych; w tych też przypadkach stosowana odma daje często dobre wyniki.

* * *

Z pracy tej widzimy, że ryczałtowe określenia „suchoty płucne“, wzgl. „gruźlica płuc“ zupełnie nie mogą być zastosowane w klinice przewlekłej gruźlicy płuc dorosłego. Każdy poszczególny przypadek tego schorzenia musi być traktowany indywidualnie. W chorobie tej lekarzowi nie wolno myśleć statycznie, t. zn. oceniać przypadek tylko według jego stanu chwilowego. Każdy lekarz powinien, zdaniem naszem, umieć tak ująć dany przypadek, aby go móc odnieść (a przynajmniej dążyć do tego) do jednego z wyżej opisanych przez nas, a priori nam, pod względem klinicznym, anatomo-patologicznym i patogenetycznym, znanych typów chorobowych. Dopiero na takiem ujęciu oparte rokowanie i postępowanie lecznicze może być, naszem zdaniem, celowe.

Że proponowany przez nas podział, oparty na znajomości poszczególnych typów klinicznych, powtarzających się w wielkiej ilości przypadków i uwzględniający zarówno dane anatomo-patologiczne jak i najnowsze zdobycze z dziedziny rentgenologji i patogenezy gruźlicy płuc, jest słuszny, do-

wodzi nietylko jego życiowa praktyczność. Ułatwia on nam bowiem również ustosunkowanie się do zawiłych zagadnień teoretycznych z dziedziny patogenezy gruźlicy płuc. Mianowicie, w spornej i tak szeroko dyskutowanej kwestji szczytowego czy pozaszczytowego powstania gruźlicy płuc dorosłego, mamy, dzięki naszemu sposobowi ujęcia kliniki tego schorzenia, możność zajęcia zupełnie określonego stanowiska. Sprowadza się ono ku temu, że u chorych z opisanej przez nas grupy właściwych suchot płucnych gruźlica powstaje w płucach pozaszczytowo, jako naciek wczesny, ostro, wzgl. podostro u osobników, których szczyty były dotąd i często pozostają niezajęte. Natomiast u typów chorobowych z grupy krwiopochodnej, z typem Tbc. fibrosa densa na czele, jeżeli w dalszym przebiegu dochodzi do powstania wtórnych suchot rozpadowych, (w tym wypadku, phtisis ulcero-fibrosa). mielibyśmy do czynienia ze szczytowym początkiem suchot płucnych u dorosłego; albowiem u tych chorych szczyty bywają uprzednio zajęte całemi latami zanim dochodzi do suchot rozpadowych.

W ten sposób, proponowany przez nas podział nabiera, poza jego dużem praktycznem znaczeniem, jeszcze dużego znaczenia teoretyczno-naukowego.

KOFEINA I CHOROBY STARCZE.

(WYCIĄGI Z PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO)

OSBORNE, Oliver T. (Prof. on Med. Dep., Yale Univ. New Haven).
Harmfulness of coffein and value of alcohol in old age (O szkodliwości kofeiny i wartości alkoholu w wieku starszym).
Med. journ. a. record, 1924, tom 120, str. 43.
Ref. Ztrbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1925, tom 40, str. 619.

Autor jest zdania, że fizyczne i psychiczne dolegliwości, cechujące zwykle wiek starszy, ulegają pod wpływem spożycia kawy i herbaty jeszcze większemu pogorszeniu. Zwiększona pobudliwość mózgu, a zwłaszcza nieprawidłowo wzmożona czynność tarczycy i gruczołów przytarczycznych powodują wielomocz, drżenie i zwiększenie ciśnienia krwi. Alkohol natomiast rozszerza obwodowe naczynia krwionośne, zwiększa ciepłotę skóry i wpływa pomyślnie na przemianę materji.

OSBORNE, Oliver T. (Prof. on. Med. Dep. Yale Univ. New Haven).
Harmfulness of coffein and value of alcohol in old age (O szkodliwości kofeiny i znaczeniu alkoholu w wieku starszym).
Med.journ. a. rec., 1924, tom 120 (suppl.), str. 163.

Spożycie kawy i herbaty, pomimo nawet dobrej poprzednio tolerancji, może się stać w wieku starszym szkodliwe. Szkodliwości, które kofeina może wywołać w wieku starszym, są następujące: zaburzenia snu, pobudliwość, drżenie, wielomocz i szczególne pobudzenie tarczycy i gruczołów przytarczycznych do nieprawidłowego wzmożenia czynności, wywołującej podrażnienie nerwowe i mięśniowe oraz drżenie. Często wywołuje kofeina podniesienie ciśnienia krwi. Może ona również zwiększyć wydalanie kwasu moczowego, co u ludzi starych wywołuje częstokroć podrażnienie nerek, bóle mięśniowe i w kończynach. Stwierdzono następnie z całą pewnością, że kawa i herbata mogą w znacznym stopniu spotęgować te wszystkie zaburzenia, które w wieku starszym występują fizjologicznie.

MULLER, de la Fuenta, E. (Lekarz kąpielowy, Schlangenbad).
O miażdżycy tętnic. — Ztrbl. f. Herz-u. Gefässkrht., 1922, r. 14. str. 217, 233 i 251.

Omawiając objawy presklerotyczne, Müller zwraca uwagę, że często stwierdza się nagłe zwiększenie ciśnienia krwi, powstające pozornie bez żadnego powodu. Ciśnienie krwi pozostaje przez dłuższy czas na wysokim poziomie, a następnie stopniowo opada do normy.

Powodem tych nagłych powiększeń ciśnienia są wzruszenia psychiczne, rzadziej wysiłki fizyczne, czasami zaś również nadużycie kawy, tytoniu lub alkoholu. Przy dietetycznem leczeniu miażdżycy autor między innemi zwykle zupełnie zabrania pić kawę, a to przedewszystkiem z tego względu, że szkodliwe skutki nadużywania kawy nie rzucają się, jak to ma miejsce przy alkoholu, bezpośrednio w oczy i wskutek tego, nawet przy najlepszej woli chorego, można z łatwością przekroczyć dozwolone granice ilości i mocy.

Przy leczeniu objawów starczych bezkofeinowa kawa Hag okazuje cenne usługi zapobiegawcze i lecznicze.

HÉMOPLASE
Lumière

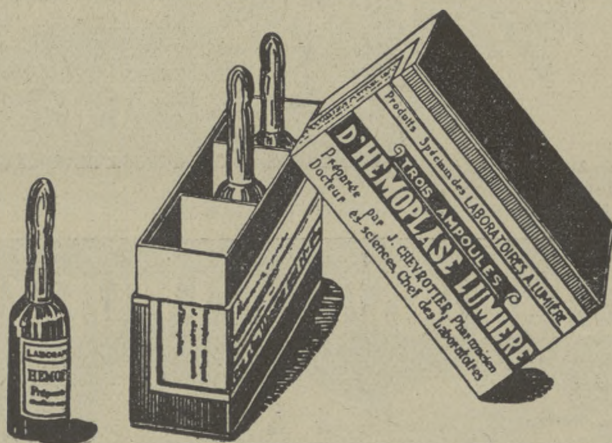
CAŁKOWITY WYCIĄG Z KRWI BARANIEJ,
ZWIERZĄT NAJBARDZIEJ ODPORNYCH NA GRUŹLICĘ.

Dzięki specjalnej metodzie przygotowania, HEMOPLASE zawiera w stanie niezmienionym, biologicznie czynnym: **oxyhemoglobinę, lipoidy, związki fosforowe, zaczyny krwinek, surowicę krwi.**

Działanie HEMOPLASE polega jednak nietylko na **ilościowym** wzbogacaniu ustroju składnikami leku, lecz **na pobudzaniu szpiku kostnego i krwinek do wytwarzania tych samych składników.**

WSKAZANIA:

GRUŹLICA,
ANEMJA,
BLEDNICA,
REKONWALESCENCJA,
CHARŁACTWO,
KRWOTOKI I STANY PO KRWOTOKACH



Postaci:

HÉMOPLASE AMPOULES (Domięśniowo) à 10 cc. á 5 cc.; Niezawodny nawet w przypadkach **najuporczywszych.**

DAWKOWANIE: **Dorośli:** 2 lub 3 wstrzyknięcia po cc. tygodniowo; Dzieci od 5—8 lat— 2 razy tygodniowo po 2 cc.; od 8—13 lat—2 razy tygodniowo po 5 do 10 cc.

HÉMOPLASE DRAGÉES.

DAWKOWANIE: 6 — 10 drażetek dziennie podczas jedzenia.

HÉMOPLASE GRANULÉ postać ziarnista (z cukrem i wanilją) **(SPECJALNIE DLA DZIECI)**





DAWKOWANIE:

Dzieci od 2—6 lat: 1—3 łyż. dziennie, od 6—12 lat: 3—4 łyż. dziennie podczas jedzenia.

Skład główny L. NASIEROWSKI *Warszawa, ul. Kaliska 9, tel. 724-39, 630-42*

Próby i literatura na żądanie WPP. Lekarzy.

CHOROBY WEWNĘTRZNE

Napadowe nadciśnienia tętnicze. (Les hypertensions artérielles paroxystiques). M. Villaret. *Presse Méd. № 22 r. 1931.*

Przez napadowe nadciśnienie tętnicze rozumiemy zespół, polegający na znacznem podwyższeniu się ciśnienia skurczowego i rozkurczowego, wraz z szeregiem objawów klinicznych, nieraz bardzo ciężkich. Nadciśnienia napadowe powstają niekiedy w przeciągu paru minut, przyczem ciśnienie skurczowe podnosi się o 100 lub więcej mmHg. Objawy kliniczne mogą być przytem bardzo ciężkie, a nawet bezpośrednio niebezpieczne dla życia. W przypadkach, w których ciśnienie podnosi się łagodniej i nie osiąga zbyt wysokich liczb, objawy kliniczne są znacznie słabsze, napadowe nadciśnienia trwają ograniczony przeciąg czasu, potem ustępują. Napadowe nadciśnienie tętnicze posiada różnorodny mechanizm powstania i różnorodne tło anatomiczne, których poznanie pozwala na zastosowanie odpowiedniego leczenia, dotychczas nie znamy patogenezy wszystkich postaci nadciśnienia napadowego, wobec czego w omówieniu niniejszej sprawy, autor dzieli materjał na dwie grupy, przyczem do grupy pierwszej zalicza nadciśnienie napadowe o znanej patogenezie, do drugiej grupy zaś o patogenezie nieznanej.

I. **Napadowe nadciśnienia tętnicze o znanej patogenezie** powstają przy współudziale hyperadrenalinemji lub też bez niej.

1) Nadciśnienia tętnicze z hyperadrenalinemją. Autor zastrzega się, że w tych przypadkach nie zawsze adrenalina jest tym czynnikiem, który wywołuje nadciśnienie, niekiedy bowiem hyperadrenalinemja tylko towarzyszy nadciśnieniu.

a) Do klasycznych przykładów napadowego nadciśnienia tętniczego powyższej grupy należą nadciśnienia, pojawiające się w przebiegu spraw nowotworowych w nadnerczu, szczególniej zaś chodzi tu o gruczolaki, wychodzące z rdzenia nadnerczy, a zatem gruczolaki wytwarzające nadmiar adrenaliny. Nadmiar ten powstający pod wpływem nie zawsze znanych czynników, dostaje się okresowo do krwiobiegu i wywołuje napady nadciśnienia tętniczego, jakie wznosi się z 12 na 26 cmHg i więcej. Nadto chory taki skarży się na uczucie obawy znacznego stopnia. ociężałość kończyn i sensacje w nosie. Te napady pojawiają się dość regularnie.

b) Podobne napady nadciśnienia możemy nieraz spotykać po zastrzykach adrenaliny, a nawet czasem po doustnem pobraniu adrenaliny, jak to podaje Troisier w jednym przypadku po zażyciu 4 ccm. rozczynu adrenaliny 1 : 1000. Takie napady klinicznie objawiają się bladością twarzy, zwężeniem źrenic, przyczem mogą też wystąpić lekkie porażenia połowicze, niekiedy trwałe.

c) Mniej pewną jest patogeneza nadciśnienia tętniczego, wywołana hyperadrenalinemją, przyczem podrażnienie nadnercza ma dochodzić do skutku drogą humoralną pod wpływem działania pewnych, nieokreślonych bliżej ciał chemicznych, produktów bądźto przemiany materji, bądź też spożytych pokarmów.

d) Napadowe nadciśnienia tętnicze, w których wydzielanie adrenaliny następuje odruchową drogą nerwową. Tu należy zaliczyć odruch, wychodzący z obwodu i odruch ośrodkowy.

Autor w krótkości opisuje przypadek chorej, u której napadowo występowały nadciśnienia z 17/8 na 27/11 cmHg, ze znaczną dusznością i uczuciem obawy. U tej chorej wstrzykiwania acetylocholiny usuwały nadciśnienie, nie wpływały jednak na inne objawy kliniczne. Wstrzykiwanie zaś atropiny usuwało duszność, nie obniżało wszakże ciśnienia tętniczego. Te napady były wywołane, jak to sekcja wykazała, uciskiem guza śródpiersia na nervus pneumogastricus. Podobne przypadki cytują i inni autorowie. Badania doświadczalne potwierdziły również istnienie tego mechanizmu powstawania nadciśnienia tętniczego. *Trésmolières* i *Veran* opisują przypadki nadciśnienia u młodego człowieka, dotkniętego znacznemi zmianami zwojów Gassera. Wreszcie znane są także napadowe nadciśnienia przy całym szeregu rozmaitych cierpień, które charakteryzują się gwałtownymi bólami, jak np. kolka wątrobowa i nerkowa. Także i praca mięśniowa może być przyczyną powstania napadów nadciśnienia. We wszystkich tych przypadkach odruch wzmagający wydzielanie nadnercza pochodził z obwodu.

Jako przykład odruchu, pochodzącego z ośrodków nerwowych, należy przytoczyć spostrzeżenia *Cushing'a*, który dawno już stwierdził, że wzmożone ciśnienie wewnątrzczaszkowe wywołuje podwyższenie ciśnienia tętniczego. *Roger* wykazał, że w emboljach mózgowych dochodzi do nadciśnienia tętniczego przy hyperadrenalinemji, wywołanej drogą odruchową. W doświadczeniach nad mechanizmem śmierci z uduszenia okazało się, że dochodzi do nadciśnienia drogą nerwowego podrażnienia nadnerczy. Być może zatem, że w ostrych uduszeniach krwiotoki i trombozy są skutkiem nadciśnienia, wywołanego w powyższy sposób. Wreszcie wiadomo jest, że podrażnienia psychiczne również wywołują nadciśnienie tętnicze.

2) Nadciśnienia tętnicze bez hyperadrenalinemji. Tu należy zaliczyć:

a) nadciśnienia pochodzenia toksycznego, jak np. po ergotaminie, następnie po pituitrynie. Tu też należą nadciśnienia, które obserwowano pod wpływem pewnych wód mineralnych, jak np. woda Challes.

b) nadciśnienia pochodzenia sercowego, jak np. w przeciągu choroby Basedowa są dostatecz znane. Podobnie znane też są

c) nadciśnienia, pochodzenia nerkowego.

II. **Napadowe nadciśnienia tętnicze o nieznanej patogenezie.**

1) Napadowe nadciśnienia tętnicze występują w przeciągu przewlekłego zatrucia ołowiem, w którem to zatruciu występują stany skurczowe większych przestrzeni naczyń obwodowych, w sposób bliżej nie znany.

2) Także i w przebiegu rzucawki porodowej spotyka się często napadowe nadciśnienia.

3) Nie wiemy również, czy napadowe nadciśnienie w dusznicy bolesnej i w ostrym obrzęku płuc wywołuje stany powyższe, czy też im tylko towarzyszy.

4) W przebiegu wiądu rdzenia spotykamy także nadciśnienia tętnicze, występujące napadowo, a również i

5) w przebiegu trwałego nadciśnienia występują napady jeszcze wyższego ciśnienia, które mogą dochodzić do cyfr wprost niewymiernych.

L e c z e n i e n a p a d o w e g o n a d c i ś n i e n i a t ę t n i c z e g o.

I. **Leczenie nadciśnienia z hyperadrenalinemją.** W niektórych przypadkach można zastosować leczenie przyczynowe, szczególnie zaś tam, gdzie przyczyną napadowego nadciśnienia są nowotwory nadnercza. W tych przypadkach kilkakrotnie z powodzeniem dokonywano wycięcia chorego nadnercza. **Laubry** i inni polecają w takich przypadkach naświetlanie nadnercza promieniami Rentgena, wyniki tu są jednak raczej przejściowej natury. Tam, gdzie nadciśnienie jest wywołane przez podawanie adrenaliny, pituitryny, nikotyny, lobeliny i t. p. należy przedewszystkiem usunąć powyższe jady.

W innych przypadkach można mówić o leczeniu przyczynowem, gdy się usuwa powstawanie odruchów, wywołujących hyperadrenalinemję, jak np. leczenie kolki wątrobowej, nerkowej i t. p. W tych przypadkach także podawanie leków przeciwbólowych, aż do morfiny włącznie działa, jako leczenie przyczynowe. W anoksemjach (przy uduszeniu) można polecić wdychiwania tlenu, przedewszystkiem jednak takim chorym należy uregulować fizyczną pracę, względnie ruch. Ponieważ nadciśnienie może też powstawać wskutek odruchu przy zmianach w mózgu, przeto w niektórych przypadkach można stosować leczenie zapobiegawcze, jak np. tam, gdzie sprawy mózgowe powstają wskutek skurczu naczyń mózgowych. Tu podawanie pochodnych choliny jest przedewszystkiem wskazane.

W leczeniu objawowem należy pamiętać, że niektóre nadciśnienia tętnicze towarzyszące sprawom mózgowym (ogniskowe rozmiękknienia mózgu) mają na celu wyrównanie krążenia w naczyniach mózgu odruchowo skurczonych. W tych przypadkach leczenie, polegające na obniżaniu ciśnienia krwi może być raczej nawet szkodliwe. *Tournade* wykazał, że w tych przypadkach należy być ostrożnym z upustem krwi, gdyż tego rodzaju zabieg wywołuje stale hyperadrenalinemję, skutkiem czego niedostateczny upust krwi może wywołać przeciwny, od zamierzonego, wynik.

W leczeniu stanów nadciśnieniowych możemy wywoływać spadek ciśnienia zarówno przy pomocy azotynów (amylum lub natrium nitrosum), acetylocholiny (0.4 do 0.6 i więcej pro die), alfamethylacetylo-choliny (1 do 3 ctgr podskórnie), jak i zapomocą kombinowanego leczenia adrenaliną i yohimbina. Okazało się bowiem, że po poprzedniem podaniu yohimbiny następne wprowadzenie adrenaliny wywołuje nie podwyższenie, ale obniżenie ciśnienia. Ten sposób leczenia jest dotychczas jeszcze w okresie doświadczeń.

II. **Leczenie nadciśnienia napadowego bez hyperadrenalinemji, względnie o nieznanej patogenezie.**

O ile to możliwe, należy przedewszystkiem usunąć przyczyny, wywołujące nadciśnienie, a więc ergotaminę, pituitrynę i t. d. W przypadkach nadciśnienia pochodzenia sercowego należy zastosować odpowiednie leczenie. Do leczenia objawowego należą odpowiednio obfite upusty krwi, podawanie leków rozszerzających naczynia (patrz wyżej), ograniczenie wysiłków fizycznych i zalecenia djetetyczne.

Febris quintana. (La fièvre quintane). M. M o n n e r o t - D u m a i n e, J. T r o i s i e r i S. D e v e l a y.
Presse méd. № 22. r. 1931.

Pod nazwą febris quintana rozumiemy gorączkę, występującą napadowo, przyczem pomiędzy poszczególnymi napadami jest trzydniowa przerwa bezgorączkowa. Ten typ gorączki należy odróżnić od gorączki, trwającej bez przerwy przez 5 dni. Typy gorączek jak tertiana, quartana, quintana i t. d. (przyczem pomiędzy poszczególnymi napadami gorączki upływa 1, 2, 3, lub więcej dni), znane są od czasów Hippokratesa. Między innymi Hippokrates także opisuje typ gorączki: febris octana. W czasach średniowiecza podobne typy gorączek były omawiane i przyjmowane bez żadnej dyskusji. W czasach późniejszych, a zwłaszcza w ostatniej dobie zwracano mało uwagi na powyższe typy gorączkowe.

Autorowie opisują dwa przypadki febris quintana. W przypadku pierwszym chodziło o kobietę 32-letnią, u której po przebyciu rzeżączki dróg moczowych i przydatków, wystąpiła febris quintana niewątpliwie na powyższem tle. W drugim przypadku u dziecka 2 i pół letniego, po przebyciu nieustalonej bliżej choroby gorączkowej, wystąpiła febris quintana, jak się później okazało, na podstawie badań bakterjologicznych krwi, że chodziło tu o zakażenie meningokokowe.

Po przejrzeniu odnośnej literatury okazało się, że podobne przypadki febris quintana, były ogłaszane w związku z zakażeniem meningokokowem. Godzi się nadmienić, że w czasie wojny w przebiegu gorączki okopowej stwierdzano także tor gorączkowy o typie febris tertiana, quartana lub quintana.

Czerwienice pierwotne a śródmóżdże. (Erythrémies protopathiques et diencephale). M. N a t h a n.
Presse Méd. № 22. r. 1931.

Odróżniamy czerwienice pierwotne i wtórne. Do czerwienic wtórnych należą. czerwienice (erythremje), spotykane w chorobie górskiej, u chorych na serce i t. p. Erytremje pierwotne uległy w ostatnich czasach rozczłonkowaniu w miarę bliższego ich poznania. Dzielą się one na: 1) czerwienica prosta, opisana przez *Arnsteina,* 2) czerwienica ze splenomegalią, opisana przez *Vaquez'a,*

3) czerwienica z nadciśnieniem tętniczem, opisana przez *Gaisböcka*, 4) czerwienica z nadciśnieniem tętniczem i splenomeglją, opisana przez *del Castello* i 5) czerwienica z kiłowemi zmianami oskrzeli, zbliżona do choroby *Ayerzy*.

Cechą wszystkich czerwienic jest zwiększenie się ciałek czerwonych we krwi ponad 7 miljonów w 1 mm. Ciałka czerwone są najczęściej zupełnie prawidłowe. Patogeneza tej choroby jest dotychczas nieznana; nie ulega jednak wątpliwości, że szpik kostny w tej chorobie jest podrażniony i produkuje zwiększoną liczbę krwinek, na co wskazują wszystkie dotychczasowe wyniki sekcyjne. Czy równocześnie z tą nadprodukcją krwinek ma też miejsce zmniejszenie się fizjologicznej właściwości śledziony niszczenia krwinek — jest sprawą niewyjaśnioną. Etjologja tego cierpienia jest zupełnie nieznana. Niejednokrotnie podejrzewano kiłę, podkreślano też czynnik rodzinny, gdyż znane są przypadki rodzinnego występowanie czerwienicy.

W ostatniej pracy, dotyczącej powyższego tematu, *Mariano Castex* porusza związek między czerwienicą a gruczołami dokrewnymi. Na podstawie literatury autor ten przytacza, że czerwienice spotykano współcześnie z wolem endemicznem, z infantylizmem pochodzenia tarczycowego i z innymi postaciami hyper lub hypotyroidozy lub z nadczynnością nadnerczy, względnie gruczołów płciowych. Stwierdzano też czerwienice z równoczesną tężyczką, z otłuszczeniem typu eunuchoidalnego i z chorobą Addisona. Niejednokrotnie też chodziło o współczesne schorzenia przysadki mózgowej.

Wobec powyższych obserwacyj powstają dwa problemy a mianowicie pierwszy z nich jest zagadnieniem, czy sprawa dotyczy wszystkich gruczołów dokrewnych, drugie zaś zagadnienie, czy nie chodzi tu raczej o sprawę chorobową, ograniczoną do śródmóżdża, w szczególności zaś do ścian trzeciej komory mózgu, gdzie na małej przestrzeni łączą się ośrodki rozmaitych czynności wkrewnych i wegetatywnych. Rozliczne badania wskazują, że raczej to drugie zagadnienie wydaje się prawdopodobniejsze.

Mariano Castex na poparcie powyższej tezy przytacza, jako argument, częstość występowania zaburzeń nerwowych i umysłowych w przebiegu czerwienicy. *Lhermitte* w artykule omawiającym powyższą sprawę, tłumaczy powstawanie tych zaburzeń nie tylko wpływem gruczołów dokrewnych, ale także warunkami mechanicznymi krążenia krwi tętniczego i żylnego oraz wzmożonem ciśnieniem wewnątrzczaszkowem, co wszystko jest bezpośrednim skutkiem czerwienicy. Istnieją jednak przypadki bardzo charakterystyczne, jak n. p. przypadek *Lhermitte'a* i *Peyre'go*, w którym u młodego człowieka wystąpiły objawy typowej narkolepsji a dopiero po dłuższym przeciągu czasu bezskutecznego leczenia okazało się, że ta narkolepsja była objawem jedynym czerwienicy, gdyż ilość krwinek w tym przypadku wynosiła 7.600.000 krwinek w 1 mm.

Autor słusznie zaznacza, że powyższe spostrzeżenia rzucają nowe i ciekawe światło na istotę czerwienicy, niewątpliwie jednak wymagają jeszcze dalszych badań dla ich potwierdzenia.

Ilość krwi w niedokrwistości złośliwej i jej wahania w przebiegu leczenia metodą Whipple'a. (La masse sanguine dans l'anémie pernicieuse et ses modifications au cours du traitement par la méthode de Whipple). J. Brumlik i B. Janousek.

Arch. des Mal. du coeur. Nr. 2, r. 1931.

Prawie we wszystkich podręcznikach znajdujemy wzmiankę, że w niedokrwistości złośliwej, obok innych, znanych cech tej choroby, ma miejsce też zmniejszenie się też ogólnej masy krwi. Badania jednak za życia takich chorych z jednej strony były nieliczne, z drugiej zaś niedokładne, wobec czego autorowie poddali ten problem nowym badaniom przy pomocy metody Haldana i Smith'a. W ten sposób autorowie zbadali 14 przypadków niedokrwistości złośliwej, 4 przypadki niedokrwistości wtórnej i 2 przypadki niedokrwistości chlorotycznej, połączonej z bezsocznością żołądka. Chorzy ci byli badani zarówno przed leczeniem, jak i podczas i po leczeniu, polegającem na podawaniu wątroby. Obok badania zawartości hemoglobiny i ilości krwinek, autorowie oznaczali też objętość krwinek oraz pojemność ich wobec tlenu oraz ilość osocza.

Badania te wykazały, że w niedokrwistości złośliwej, obok całego szeregu znanych zmian, ogólna ilość krwi jest istotnie zmniejszona. Leczenie zapomocą podawania wątroby, sprowadza nie tylko ustąpienie różnych objawów hematologicznych, ale także i zwiększenie ogólnej ilości krwi. Te zmiany pod wpływem leczenia nie występują równolegle, lecz indywidualnie. Zwiększenie się ogólnej ilości krwi pod wpływem tego leczenia następuje przedewszystkiem kosztem powiększenia się odsetkowej objętości krwinek.

W niedokrwistości wtórnej ogólna ilość krwi jest prawidłowa w porównaniu do ilości krwi ludzi zdrowych, ze względu jednak na zmniejszoną liczbę krwinek ogólna ilość krwi jest utrzymana wskutek zwiększenia się ilości osocza. Dwa przypadki niedokrwistości chlorotycznej z bezsocznością żołądka wykazywały znacznie zmniejszoną ogólną ilość krwi, podobnie, jak to spostrzegano w przypadkach niedokrwistości złośliwej. Różnica między tymi dwiema postaciami chorobowymi polega na tem, że w niedokrwistości złośliwej ogólna liczba krwinek i ich objętość w stosunku do osocza jest zmniejszona, podczas gdy w niedokrwistości chlorotycznej liczba krwinek i stosunek objętości krwinek do ilości osocza są prawidłowe.

Hepatitis icterogenes kamicy żółciowej. (Les hépatites ictérigènes de la lithiase). P. Harvier i J. Caroli.

Paris Médical Nr. 13, r. 1931.

Autorowie podkreślają, że nie wszystkie żółtaczki, występujące w przebiegu kamicy żółciowej, są wywołane bezpośrednio przez zamknięcie dróg żółciowych. Przytem nie chodzi tu nietylko o zatkanie dróg żółciowych przez kamień, przez zapalne zmiany wspólnego przewodu żółciowego, przez ucisk, wywołany zmianami w trzustce, ale nawet przez zmiany w drogach żółciowych samej wątroby, czyli przez t. zw. angiocholitis ascendens, względnie cholangia. W niniejszej pracy autorowie pragną wykazać, że w przebiegu kamicy żół-

ciowej mamy nieraz do czynienia ze zmianami w samych komórkach wątrobowych, które wystarczają, aby wywołać żółtaczkę, przy braku jakichkolwiek zmian w drogach żółciowych, Tę to postać chorobową autorowie nazywają hepatitis icterogenes w kamicy żółciowej.

Hepatitis icterogenes klinicznie przebiega pod dwiema postaciami. Postać o ciężkim przebiegu występuje u osobników, cierpiących na ciężką kamicę żółciową a wyraża się powstaniem żółtaczki, która swem natężeniem i trwałością przypomina zatkanie wspólnego przewodu żółciowego. W istocie rzeczy chodzi tu o zmiany w wątrobie typu zwyradniającego, podobnego do ostrego zaniku wątroby. Ta postać jest rzadka. W postaci dobrotliwej zmiany wątrobowe są podobnej natury, ale znacznie słabiej wyrażone a stwierdzić się dają łatwo na wycinkach wątroby, zdobytych podczas zabiegu operacyjnego. Należy zaznaczyć, że zupełnie podobne zmiany można stwierdzić w żółtaczce, wywołanej przez istotne zatkanie wspólnego przewodu żółciowego.

C i ę ż k a p o s t a ć hepatitis icterogenes w kamicy żółciowej znana jest we Francji i zagranicą od bardzo niedawna. Klinicznie występuje u ludzi cierpiących długo na kamicę żółciową, pod postacią żółtaczki, której intensywność zupełnie odpowiada zatkaniu wspólnego przewodu żółciowego. Żółtaczka ta trwa 2 do 4 miesięcy, przyczem nieraz ulega dłużej trwającym przerwom (do 1 miesiąca). Gorączka występuje napadowo, podczas gdy między napadami istnieje tylko stan podgorączkowy. Bóle również występują napadowo, współcześnie z pojawieniem się lub wzmożeniem żółtaczki. Autorowie sądzą, że napady bólów i gorączki nie zależą w tych przypadkach od kamicy żółciowej, ale od sprawy chorobowej, toczącej się w samym miąższu wątroby, jak to w Niemczech opisano pod postacią cholangia lenta, lub też w zaniku wątroby o przebiegu podostrym. Wobec tego podobieństwa do objawów zatkania wspólnego przewodu żółciowego, niema w tem nic dziwnego, że tych chorych poddawono zabiegowi chirurgicznemu, z wynikiem bardzo często śmiertelnym, gdyż tacy chorzy wskutek ciężkiego stanu wątroby zupełnie nie znoszą wstrząsu operacyjnego.

W rozpoznaniu różniczkowem między zatkaniem wspólnego przewodu żółciowego a hepatitis icterogenes, należy uwzględnić przedewszystkiem wielkość wątroby, która w hepatitis icterogenes jest albo nie powiększona albo tylko nieznacznie powiększona a w każdym razie istnieje niestosunek między wielkością wątroby a nasileniem żółtaczki.

Zmiany anatomiczne w omawianej sprawie chorobowej dotyczą komórek wątrobowych dośrodkowej części zrazika wątrobowego. Zmiany te są typu zwyradniającego. Uderza też ciężkość tych anatomo-patologicznych zmian, wobec względnie dobrego ogólnego stanu tych chorych, którzy za życia nie zdradzają całej powagi swego cierpienia. Tego rodzaju niestosunek spotyka się też nieraz w przebiegu żółtaczki, t. zw. nieżytowej, którą słusznie *Eppinger* uważa za postać łagodną ostrego zaniku wątroby. Należy też pokreślić, że *Herxheimer* nieraz spostrzegał przypadki ostrego i podostrego zaniku wątroby, które klinicznie przebiegały, jak żółtaczka nieżytowa.

P o s t a ć l e k k a hepatitis icterogenes klinicznie przypomina przebieg czasowego i niezupełnego zatkania wspólnego przewodu żółciowego. Występują wówczas napady bólowe, gorączka, żółtaczka, ale o krótkim przebiegu. W przerwach między napadami może być brak nawet lekkiego zażółcenia spojówek. Anatomopatologicznie można stwierdzić zupełnie podobne, do wyżej opisanych, zmiany komórek wątrobowych, jednakowoż w znacznie słabszym stopniu, przyczem te zmiany dotyczą przedewszystkiem środka zrazika.

Wreszcie autorowie podkreślają, że podobne zmiany spotyka się również w żółtaczkach pochodzenia mechanicznego, jak n. p. przy zatkaniu wspólnego przewodu żółciowego. Być może zatem, że i przy zatkaniu wspólnego przewodu żółciowe-

go, jakoteż innych żółtaczkach pochodzenia mechanicznego, istota żółtaczki polega nie tylko na utrudnieniu odpływu żółci, lecz także i na współczesnych zmianach w komórkach wątrobowych. Wiemy także, że w sporadycznych przypadkach zatkania wspólnego przewodu żółciowego może być niekiedy wyraźny brak żółtaczki, co częściej się spotyka przy częściowych zatkaniach. Poza czynnikiem mechanicznym przy powstawaniu żółtaczki, konieczny jest także inny czynnik, mogący uszkodzić wątrobowe komórki a czynnikiem tym jest prawdopodobnie zakażenie.

W leczeniu ciężkich postaci hepatitis icterogenes, niektórzy autorowie sądzą, że może być skutecznym zabieg chirurgiczny, polegający na wycięciu woreczka żółciowego, względnie na założeniu zgłębnika do wspólnego przewodu żółciowego i odprowadzeniu tą drogą żółci nazewnątrz. Zdaje się jednak, że w tych przypadkach zabieg chirurgiczny daje, sam dla siebie, bardzo złe wyniki, gdyż n. p. w wszystkich 5-ciu przypadkach autorów po zabiegu chirurgicznym nastąpiła śmierć. Także i Kappis podaje 7 przypadków śmierci na 21 operacyj. Wobec powyższego autorowie odradzają chirurgiczne zabiegi w tych przypadkach, zalecają natomiast, uwzględniając patogenezę schorzenia, możliwe oszczędzanie wątroby przedewszystkiem drogą wzbogacenia jej w glykogen. Do tego celu nadaje się obfite podawanie węglowodanów a zwłaszcza cukru w połączeniu z insuliną. Obok tego należy stosować zgłębnikowanie dwunastnicy zapomocą sondy Eichhorna.

W leczeniu postaci dobrotliwych stosowanie insuliny i bogatego dowozu węglowodanów jest przedewszystkiem wskazane. Poza tem jednak, wobec współczesnego schorzenia woreczka żółciowego, autorowie zalecają zabieg chirurgiczny, polegający na wycięciu woreczka oraz na chirurgicznem zgłębnikowaniu wspólnego przewodu żółciowego. Zgłębnikowanie to, mimo braku utrudnienia w odpływie żółci, daje według autorów dobre wyniki, gdyż drogą odruchu wzmaga wydzielanie żółci, podobnie jak zgłębnikowanie moczowodów wzmaga wydzielanie moczu.

Leczenie dychawicy oskrzelowej zapomocą znieczulenia ogólnego. (Traitement de l'asthme par l'anesthésie générale). J. Troisier i Y. Boquien.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 7, r. 1931.

Między licznymi środkami, stosowanymi w zwalczaniu dychawicy oskrzelowej, należy wymienić przedewszystkiem zabiegi chirurgiczne, mające na celu usunięcie tych zmian chorobowych, które drogą odruchu wywołują napady dychawicy. Do tego rodzaju zabiegów należy n. p. wycinanie polipów nosa, usuwanie guzów jajnika i macicy, wycięcie wyrostka robaczkowego i t. p. Te zabiegi stosowane oddawna bardzo często usuwają napady dychawicy. Ponieważ napady dochodzą do skutku z powodu zaburzeń w zakresie układu wegetatywnego, przeto zaproponowano ze strony szeregu autorów i wykonano z dobrym skutkiem zabiegi, polegające na wycięciu szyjnego nerwu współczulnego, nieraz z równoczesnem usunięciem zwoju gwiaździstego. *Kappis* z dobrym skutkiem wyciął nervus pneumogastricus dexter.

Autorowie opisują przypadek młodej kobiety, która od trzech lat cierpi na bardzo silne napady astmy, początkowo pochodzenia pokarmowego (przed trzema laty po spożyciu jaj, później czekolady) a następnie bez wyraźnych przyczyn. Od szeregu miesięcy nie opuszcza zakładów leczniczych, w których przeprowadzono rozmaite sposoby leczenia bez żadnego, wyraźnego skutku. U chorej stwierdzono guz na macicy, który usunięto drogą operacyjną, bez żadnych powikłań ani w czasie ani po zabiegu. Od tego czasu napady astmy ustąpiły o po paru miesiącach chora przeszła poważną grypę ze zmianami w płucach, przyczem napady nie pojawiły się. Jakkolwiek powyższy przypadek należy do klasycznych przykładów dychawicy pochodzenia odruchowego, w którym po usunięciu przyczyny odruchu, napady ustały, to jednak autorowie, kierując się z góry powziętą myślą, przypisują ustąpieniu napadów dychawicy raczej ogólnemu znieczuleniu, aniżeli zabiegowi operacyjnemu.

Dlatego też w przypadku mężczyzny 28-letniego, który po przebyciu gruźliczej sprawy w płucach, wykazywał ciężkie napady dychawicy (status asthmaticus) i u którego rozmaite sposoby leczenia, łącznie z odczulaniem, nie dały żadnego wyniku — autorowie zastosowali ogólne znieczulenie. Stan chorego przed zabiegiem był tak ciężki, że kilkakrotnie musiano mu wstrzykiwać evatminę (hypophysina i adrenalina) a nawet tuż przed znieczuleniem wstrzyknięto ten środek. Znieczulenie utrzymywano przez 45 minut, przyczem chodziło to o uśpienie głębokie zapomocą mieszaniny eteru i chloroformu (aetheris sulph. 60 gr. + chloroformi 20 gr. + chlorethyli 10 gr.). Chory ten natychmiast po obudzeniu czuł się zupełnie dobrze i aż do chwili ogłoszenia niniejszej pracy, t. j. przez dwa i pół miesiąca, nie tylko nie miał żadnego napadu, ale uważa się nawet za zupełnie zdrowego i pełni swój zawód szofera, tak nieodpowiedni dla tego rodzaju chorych.

Powyższym przypadek przemawia, według autorów, za tem, że nie zabieg chirurgiczny w operowanych przypadkach dychawicy oskrzelowej, ale znieczulenie ogólne usuwa napady dychawicy. Tego rodzaju hipoteza znajduje swe potwierdzenie w badaniach doświadczalnych Richet'a, który już w swych pierwszych doświadczeniach nad anafilaksją mówi o ostrej intoksykacji układu nerwowego. W dalszych badaniach Besredka pierwszy wykazał, że u zwierzęcia uczulonego nie można wywołać objawów ostrej anafilaksji, nawet zapomocą bardzo dużej dawki wyzwalającej śmiertelny wstrząs anafilaktyczny, jeżeli tę dawkę zwierzęciu wprowadzimy w uśpieniu eterowem. Roux stwierdził również, że można zapobiec wystąpieniu wstrząsu anafilaktycznego, obniżając znacznie nerwową wrażliwość zwierzęcia.

Autorowie podkreślają też, że nie uważają powyższego sposobu leczenia, t. j. znieczulenie ogólne, za metodę odpowiednią dla wszystkich przypadków dychawicy oskrzelowej, gdyż bądź co bądź jest to zabieg tem poważniejszy, że chodzi tu o głębokie uśpienie w ciągu dłuższego przeciągu czasu. Nie mniej jednak należy zabieg ten stosować w ciężkich przypadkach a zwłaszcza w status asthmaticus. Co się tyczy wyboru środka usypiającego, autorowie zalecają powyżej wspomniany, ze względu na znaczną zawartość eteru, który według badań doświadczalnych na-

daje się szczególnie do zwalczania wstrząsów anafilaktycznych.

Dziś niepodobna jeszcze odpowiedzieć na pytanie, jak długo trwa dobry skutek powyższego leczenia, niewątpliwie chodzić tu będzie tylko o wynik czasowy, różny w rozmaitych przypadkach. Badania autorów wykazały, że w przypadkach wyżej opisanych eozynofilja we krwi chorych utrzymuje się długi czas, co świadczyło by za tem, że ustrój chorych przedstawia zawsze dogodny teren do powstania nowych napadów dychawicy oskrzelowej.

Dla oświetlenia tego punktu autorowie przytaczają historję choroby chorego lat 22, który od piątego roku życia cierpi na napady dychawicy oskrzelowej. Choć te napady w ostatnich czasach są bardzo częste, a od trzech tygodni są szczególnie ciężkie, to jednak zastrzykiwanie evatminy daje choremu znaczną ulgę. U tego chorego zastosowano 40-minutowe znieczulenie ogólne, po którem napady dychawicy zupełnie ustąpiły, ale tylko na 2 tygodnie. Chociaż ten przypadek bardzo przypominał przypadki poprzednio opisane, to jednak był od poprzednich o tyle lżejszy, że evatmina zupełnie usuwała napady. Może być zatem, że znieczulenie ogólne daje tem lepsze wyniki, im cięższy jest stan chorych w chwili znieczulenia ogólnego.

D y s k u s j a.

Pasteur Vallery-Radot podkreśla, że wielokrotnie stwierdzał ustąpienie napadów dychawicy oskrzelowej po zabiegach chirurgicznych, bez względu na ich rodzaj.

Flandin zwraca uwagę, że trudno jest odmawiać cierpieniom jamy brzusznej jak myoma uteri, cystis ovarii, rozmaite guzy i przewlekłe zakażenia przewodu pokarmowego, — roli w powstawaniu napadów dychawicy. Jako przykład podaje chorą, u której wycięcie woreczka żółciowego pełnego kamieni, usunęło zupełnie napady dychawicy. Co się tyczy ogólnego znieczulenia, to godzi się podkreślić, że chorzy na dychawicę znoszą bardzo dobrze ten zabieg. W ciężkich przypadkach dychawicy tylko zapomocą uśpienia można usunąć napad i to bez względu na rodzaj środka usypiającego; a nawet bez znieczulenia ogólnego, zapomocą morfiny, można ten sam skutek osiągnąć.

Rivet przytacza przypadek, w którym po licznych zastrzykach evatminy, wytworzył się duży ropień i chora, której evatmina niewiele pomagała, pozbyła się napadów dychawicy po przecięciu ropnia, co uczyniono bez żadnego znieczulenia.

Sézary przytacza przypadek dychawicy bardzo uporczywej, w którym żaden sposób leczenia nie dał wyników. U tego chorego dokonano nawet operacyjnego zabiegu a mianowicie wycięcia 2, 3 i 4 chrząstki żebrowej, poczem chory czuł tylko nieznaczną i przejściową ulgę. Natomiast leczenie przeciwkiłowe, od samego początku poprawiło ogólny stan a niebawem zupełnie usunęło napady astmy na przecig 3 lat. Wówczas autor sądził, że wynik ten przemawiał za kiłowem pochodzeniem dychawicy oskrzelowej, obecnie mniema, że leczenie przeciwkiłowe przeprowadzone przez niego wpłynęło tylko na zmianę ogólnych warunków biologicznych ustroju a być może, że i ogólne znieczulenie w podobny działa sposób.

O wpływie zabiegów chirurgicznych na napady dychawicy oskrzelowej. (De l'influence des interventions chirurgicales sur les crises d'asthme). P a s t e u r V a l l e r y - R a d o t, P. B l a m o u t i e r i F. C l a u d e.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 10, r. 1931.

W związku z pracą J. Troisier'a (patrz wyżej) autorowie przytaczają w skróceniu 11 historji chorób, dotyczących dychawicy oskrzelowej, przeważnie bardzo ciężkiej, w których napady dychawicy ustąpiły pod wpływem różnorodnych zabiegów chirurgicznych. Należy podkreślić, że ustąpienie napadów dychawicy było natychmiastowe, trwało jednak przez ograniczony przeciąg czasu od 15-tu dni do kilku miesięcy. Tylko w 2 przypadkach chorzy nie zgłosili się ponownie, tak, że obserwacja ich przerwana po dziesięciu, względnie po dwunastu miesiącach, nie pozwala na stwierdzenie ciągłości uzyskanych wyników. Zabiegi chirurgiczne były rozmaite, często podejmowane dla usunięcia przyczyny występowania napadów astmy, częściowo zaś dokonywane były z przyczyn okolicznościowych. Zabiegi te polegały na operacji w nosie, na wyrostku robaczkowym, na dwunastnicy (z powodu wrzodu), na usunięciu lewej piersi, na oku, na zabiegach ginekologicznych.

Autorowie sądzą, że te zabiegi, które polegają na usunięciu przyczyny odruchu, wywołującego napady dychawicy, przeważnie nie spełniają swego zadania, gdyż przerwa w występowaniu napadów, trwająca nawet parę miesięcy, nie pozwala na podobne tłumaczenie. Z drugiej strony zaś tłu-

maczenie *Troisier'a*, że chodzi tu o korzystny wpływ samego znieczulenia ogólnego, jest również niezadawalające, choćby dlatego, że napady ustępują nieraz po zabiegach, wykonanych w miejscowem znieczuleniu. Jeżeli nawet ogólne znieczulenie może istotnie działać w myśl twierdzeń *Troisier'a*, to jednak to tłumaczenie może się tylko odnosić do przypadków dychawicy oskrzelowej, polegającej na anafilaksji, czyli na stanie uczuleniowym. W przypadkach autorów tylko 3 obserwacje wykazywały uczulenie na pióra, kurz, jajka, względnie na czynniki miejscowe (klimatyczne?), w innych przypadkach nie było żadnych objawów uczulenia. W niektórych rzadkich przypadkach można przyjąć jeszcze inny mechanizm leczniczy chirurgicznych zabiegów, a mianowicie upływ krwi, który nawet wówczas, gdy jest bardzo nieznaczny, może spowodować ustąpienie napadów dychawicy. *Danielopulu* podkreśla, że zarówno wstrząs operacyjny, jak i znieczulenie ogólne obniżają napięcie układu wegetatywnego, przerywają zatem circulus vitiosus, który gra rolę w powstawaniu napadów dychawicy. Lecz i ten autor podkreśla, że zarówno wpływ znieczulenia ogólnego, jak i wstrząsu pooperacyjnego nie może trwać przez szereg miesięcy.

Z drugiej strony należy podkreślić, że w pewnych przypadkach zabieg chirurgiczny może być pierwszą i bezpośrednią przyczyną wystąpienia napadów dychawicy oskrzelowej lub też może zamienić dotychczasowy napadowy nieżyt nosa na napady dychawicy oskrzelowej. Autorowie przytaczają 6 przypadków, w których napady dychawicy wystąpiły po zabiegach chirurgicznych. I tak u kobiety lat 59, ze znaczną rozedmą płuc, nieżytem oskrzeli i dusznością po wysiłkach, która jednak nigdy nie cierpiała na napady dychawicy oskrzelowej, wystąpiły te napady po raz pierwszy bezpośrednio po operacji z powodu włókniaków macicy. W przypadku drugim, u dziewczyny 14-toletniej wystąpiły napady dychawicy poraz pierwszy po wycięciu wyrostka robaczkowego. W 3 przypadkach, po zabiegach w nosie, wystąpiły napady dychawicy oskrzelowej u chorych, którzy przed zabiegiem nie wykazywali napadów dychawicy, natomiast cierpieli na napadowy nieżyt nosa. Ten ostatni po zabiegu ustąpił.

Według autorów można z powyższych przykładów wyprowadzić tylko jeden wniosek, a mianowicie, że zarówno zabieg chirurgiczny, jak i ogólne znieczulenie wpływają niewątpliwie na dychawicę oskrzelową, bądźto w kierunku usunięcia napadów, bądź też w kierunku wywołania ich.

Przejściowe, ostre zaostrzenie się objawów choroby Basedowa, wywołane przez grypę. (Poussée de basédowisme, aiguë et transitoire, consecutive à la grippe). P. J a c q u e t i R. E v e n.
Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 9, r. 1931.

Chory lat 42 zapadł na gorączkową grypę, która ustąpiła po czterech dniach. Wówczas jednak pojawiły się inne, niepokojące objawy a mianowicie żona chorego zauważyła. że chory stał się bardzo nerwowy i zaczął chudnąć w sposób szybki. Siódmego dnia okazało się, że chory jest tak osłabiony, iż nie może wstać z łóżka. W chwili przyjęcia do szpitala u chorego stwierdzono mierny wytrzeszcz oczu. ze znacznem jednak rozszerzeniem się szpary powiekowej i z tym wyrazem oczu, który pozwala na odległość rozeznać chorobę Basedowa. Chory jest bardzo wychudzony, waży 49 klgr., straciwszy podczas siedmiodniowej choroby 11 klgr. Tętno bardzo szybkie, 160 na minutę, z wybitną extrasystolją, bez innych zmian w sercu. Tarczyca nieco powiększona. Znaczne drżenie rąk. Innych zmian u chorego nie stwierdzono, w szczególności brak biegunki i potów. Moczu oddaje na dobę około 3 litrów, ze śladami cukru, bez białka i innych składników patologicznych. Ilość mocznika we krwi 0,35 pro mille, ilość cukru we krwi 1,05 pro mille. Ilość krwinek we krwi prawidłowa, ciałek białych 17,444, w tem wielojądrzastych obojętnochłonnych 52%, eozynochłonnych 2%, jednojądrzastych 24% i limfocytów 22%. Podstawowa przemiana materji wzmożona o 48%.

Choremu podano 20 kropli dziennie rozczynu Lugola (jodu 5%), przyczem chory z każdym dniem czuł się lepiej: przybywał na wadze, nabierał sił, ustępowała tachykardja i wytrzeszcz oczu. Po czternastu dniach pobytu w szpitalu, chory opuścił go a po dalszej kontroli, wdwa tygodnie później, wykazywał 7 klgr. przybytku na wadze, tętno poniżej 100 na minutę, przy bardzo dobrem samopoczuciu. Mocz chorego nie zawierał już cukru a badanie wykazało: 17000 ciałek białych, w tem 80% wielojądrzastych, obojętnochłonnych, 13 jednojądrzastych a limfocytów 7%. Podstawowa przemiana materji jest jeszcze podwyższona, lecz w znacznie mniejszym stopniu. Drżenie rąk utrzymuje się jednak. Dodatkowe wywiady wykazały, że ten chory już od dłuższego czasu, a co najmniej od półtora roku, wykazywał skłonność do bezsenności, mierną nerwowość, bicia serca a fotografja z przed trzech lat pozwala przypuszczać, na podstawie wyrazu oczu, że już wówczas istniały poronne objawy choroby Basedowa. W tym przypadku uderzają niezwykle ostre objawy zaostrzenia się choroby Basedowa, pod wpływem przebycia grypy, jak i równie szybkie znikanie tych objawów. Autorowie z zastrzeżeniem odnoszą tę poprawę do leczenia jodem.

Dzieje kłosa zboża w oskrzelu. (Aventures d'un épi de blê dans une bronche). E. R i s t i A. P é l l é.
Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 9, r. 1931.

Historja choroby dotyczy chłopca, który w wieku lat 12-tu, podczas spaceru ze swymi rodzicami, wziął do ust kawałek kłosa zbożowego, który miał rzekomo wetchnąć. Wypadek ten wywołał bardzo gwałtowny kaszel, który niebawem jednak przeszedł bez śladu. W trzy dni później chłopiec dostał gorączki, która trwała 29 dni i była rozpoznana jako dur brzuszny. W przebiegu tej sprawy chorobowej miały wystąpić nieznaczne objawy w dole prawego płuca. Po dwumiesięcznej przerwie chłopiec dostał stanów podgorączkowych, prześwietlenie promieniami Rentgena nie wykazało jednak żadnych zmian. W pół roku po wypadku stwierdzono nad prawem płucem nieżyt oskrzeli natury grypowej. Ponieważ chłopiec często wykazywał stany podgorączkowe, przeto po siedmiu miesiącach poddano go znowu prześwietleniu promieniami Rentgena, które wykazało tylko silniejszy rysunek oskrzeli i naczyń w dole prawego płuca. Wówczas rozpoznano gruźlicę, a nawet pro-

jektowano założenie odmy sztucznej. Badanie laryngologiczne wykryło w tym czasie wegetacje adenoidalne, które wycięto. Dobry stan ogólny chłopca, dobry apetyt i zysk na wadze, przy braku zmian w miąższu płucnym, usprawiedliwiało powyższe rozpoznanie, jako przyczynę nieżytu i stanów podgorączkowych; wypadek z kłosem był zupełnie zapomiany. Od czasu zabiegu operacyjnego wystąpił kaszel coraz silniejszy oraz odpluwanie plwociny ropnej, w której nie wykryto prątków gruźliczych. Oddech chorego miał być w tym czasie cuchnący. W półtora miesiąca po zabiegu, wśród silnego napadu kaszlu, chory odpluł kłos zboża z trzema nietkniętemi ziarnami o czarnem zabarwieniu. Kłos ten posiadał wybitnie cuchnącą woń. Natychmiast po odkąszlnięciu oraz przez parę dni następnych chory odpluwał znaczniejsze ilości cuchnącej ropy. Badanie fizykalne wykazało stłumienie po stronie prawej w dole oraz grubobańkowe rzężenia. Zdjęcie rentgenowskie, po wprowadzeniu lipiodolu, wykazało rozstrzeń oskrzeli i zaciemnienie dolnego płatu prawego płuca. W trzy tygodnie po odpluciu kłosa ciepłota ciała prawidłowa, odpluwanie znacznie mniejsze, stan ogólny dobry. Stłumienie nad dolną częścią prawego płuca jednak się utrzymuje, jak i zaciemnienie na zdjęciu rentgenowskiem, choć rzężenia znikły. Chorego przewieziono do Paryża i postanowiono wówczas nadal wyczekiwać, a projektowaną bronchoskopję odłożono do ewentualnego pogorszenia się. Stan chłopca stale się polepszał, a w rok po wypadku z kłosem pozostała tylko słabsza ruchomość prawej strony przepony i nieznaczne zaciemnienie w samym dole prawego płuca. W pół roku później widoczny był tylko nieznaczny cień tkanki łącznej. Należy nadmienić, że kolbowate rozszerzenie się palców, które powstało w pół roku po wypadku, znikło wraz z wyleczeniem.

Autorowie zwracają uwagę na cały szereg szczegółów. Przedewszystkiem uderzają minimalne objawy bezpośrednio po wetchnięciu kłosa. Gorączka wystąpiła dopiero w trzy dni później, a i wówczas ze strony narządu oddechowego objawy były niewielkie, skoro rozpoznano dur brzuszny. Kłos pozostawał w oskrzelu przez 8 miesięcy, powodując tylko odpluwanie śluzowej plwociny, bez żadnych wyraźnych zmian w płucach. Charakterystycznem też jest, że właściwe objawy chorobowe ze strony płuc, a więc ropienie i naciek tkanki powstały bezpośrednio po zabiegu chirurgicznym w gardzieli, czego dokonano w ogólnem znieczuleniu. Prawdopodobnie zatem dopiero wówczas nastąpiło zakażenie oskrzela beztlenowymi zarazkami jamy ustnej. Utworzenie się niewątpliwie znacznej ilości ropy umożliwiło dopiero odwrócenie się kłosa i wyrzucenie go nazewnątrz. Wreszcie uderza szybkość wyleczenia się sprawy chorobowej po wydaleniu ciała obcego.

Autorowie zwracają też uwagę na to, że prawdopodobnie niektóre szybkie i jakgdyby samoistne wyleczenia ropni płuca polegają na wydaleniu nazewnątrz ciał obcych, których obecności w oskrzelu nie podejrzewano i które nie dają cienia w obrazie rentgenologicznym.

D y s k u s j a.

R. Debré podkreśla ostatnią uwagę *Rista* i przytacza z własnego doświadczenia przypadki ognisk zapalnych w płucach, lub nawet zgorzeli płuca po operacjach laryngologicznych gardzieli. Najprawdopodobniej w tych przypadkach nieznaczne cząsteczki usuniętej lecz zakażonej tkanki dostają się do oskrzeli i tam wywołują zmiany, analogiczne do zmian, opisanych w powyższym przypadku.

Flandin przytacza obserwacje z kliniki Dieulafoy, dotyczącą ropnia płuc, który powstał w parę miesięcy po wetchnięciu pestki mandarynki. Odplucie znacznej ilości ropy, w której znaleziono tę pestkę, spowodowało natępowe wyleczenie sprawy chorobowej. W innym przypadku przy prześwietlaniu promieniami Rentgena stwierdzono obecność gwoździa w oskrzelu. Gwóźdź ten nie dawał żadnych objawów chorobowych, a chory nie umiał sobie przypomnieć faktu wetchnięcia tego ciała obcego. Gwóźdź usunięto zapomocą bronchoskopji.

Cathala przytacza przypadek kobiety 40-letniej, która wykazywała przekrwienie płucnoopłucnowe u podstawy prawego płuca. Po sześciu tygodniach gorączki utrzymywał się stan podgorączkowy, przy dobrym stanie ogólnym. Mimo wielokrotnych, ujemnych badań na obecność prótków Kocha w plwocinie śluzowo-ropnej oraz braku wyraźniejszych zmian w płucach, u chorej rozpoznano gruźlicę i odpowiednio ją leczono. Pewnego dnia chora odpluła ciało obce, twarde, nieregularne, przypominające kamień moczowy. Po wydaleniu tego ciała chora wyzdrowiała. Niestety, kamień ten nie był badany chemicznie, przeto istota tej „kamicy płucnej“ jest niewyjaśniona.

Stwardnienie płuc wywołane przez obce ciało w oskrzelu. (Sclérose pulmonaire consécutive à la persistance pendant cinq ans d'un corps étranger dans une bronche. Infection tuberculeuse secondaire). A. L e m i è r r e i R. C a t t a n.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 10 r. 1931.

Chory lat 51, murarz z zawodu, zgłasza się do szpitala z powodu krwioplucia, trwającego kilka dni. Początek obecnej choroby sięga 40 lat wstecz, kiedy chory jako jedenastoletni chłopak wetchnął szklaną rurkę o długości 4cm i szerokości 0,5 cm. Ponieważ ta rurka była z jednej strony odłamana, przeto po wetchnięciu jej nastąpiły krwioplucia, trwające 6 miesięcy. Później stan chorego poprawił się, lecz krwioplucia powtarzały się co pewien czas. W 5 lat po tym wypadku, wśród gwałtownego kaszlu, chory odpluł wspomnianą rurkę. Od tego czasu czuł się zdrów, choć co pewien czas miewał krwioplucia; nie leczył się nigdy. Obecnie zgłasza się poraz pierwszy do szpitala. Badanie fizykalne wykrywa zmiany w lewem płucu, szczególnie wyraźne z przodu w szczycie i z tyłu w dole. W szczycie tym stwierdza się objawy jamy płucnej, pozostałe zmiany należy odnieść do zmian włóknistych. W plwocinie wykryto po homogenizacji prątki Kocha. Po krótkim pobycie w szpitalu krwioplucie ustąpiło i chory na własne żądanie opuścił szpital.

Autorowie podkreślają, że w powyższym przypadku pięcioletnie przebywanie obcego ciała w oskrzelu, prawdopodobnie lewego płuca, było przyczyną nietylko krwioplucia, ale i bujania tkanki łącznej. Co się tyczy objawów jamy w lewym szczycie, autorowie sądzą, że chodzi tu o zespół jamy rzekomej wskutek przesunięcia śródpiersia,

a zwłaszcza tchawicy ku stronie lewej przez tkankę bliznowatą. Na korzyść tej hipotezy przemawia prześwietlenie promieniami Rentgena, które wykazuje wyraźne przesunięcie tchawicy. Sama postać gruźlicy jest dobrotliwa.

D y s k u s j a.

E. Sergent opisuje przypadek chorej lat 50-ciu, która od szeregu lat cierpiała na krwioplucia w czasie perjodów i którą leczono na gruźlicę płucną. Prześwietlenie promieniami Rentgena wykazuje obecność dużego cienia w okolicy prawej wnęki, o kształcie pestki śliwki, otoczonego jakgdyby aureolą o mniejszej przejrzystości. Ten cień był uważany przez lekarzy w Berlinie za klasyczny przykład ogniska gruźliczego, które było przyczyną powstawania krwioplucia, a nawet zdjęcie płuc miało wejść do monografji tego tematu. Kształt tego ogniska nasuwał jednak pewne wątpliwości, przyczem należy podkreślić, że wygląd chorej był bardzo dobry a kilkakrotne badanie plwociny nie wykazało nigdy obecności prątków Kocha. Staranne wywiady wykryły, że z opowiadań swej matki chora wie, iż w drugim roku życia wetchnęła pestkę od śliwki, która o mało, że nie wywołała uduszenia, że długi czas pluła krwią, miała gorączkę, przyczem rozpoznano zapalenie płuc, po którem przez następnych parę tygodni odpluwała sporo ropnej plwociny, często cuchnącej. Po przejściu całej tej chorobowej sprawy, przez całe życie była zdrowa, wyjąwszy krwioplucia w okresie perjodów. Autor tłumaczy, że w powyższym przypadku ropna sprawa naokoło pestki od śliwki umożliwiła przejście tego ciała z oskrzela w tkankę płucną, a skutkiem szczęśliwego zbiegu okoliczności sprawa ropna uległa wyleczeniu. Natomiast naokoło ciała obcego wytworzyła się tkanka łączna, bogata w naczynia krwionośne, które ulegają przekrwieniom w okresie perjodów, podobnie tkanka łączna, bogata w naczynia krwionośne, które ulegają przekrwieniom w okresie perjodów, podobnie jak to ma miejsce naokoło gruźliczych ognisk zwapniałych. Krwawienia te znikają skoro te „kamienie płucne" zostają wydalone nazewnątrz.

Śmiertelny przypadek choroby Quincke'go. (Un cas mortel de maladie de Quincke avec crises douloureuses abdominales accompagnées de spasmes vasculaires). P a s t e u r V a l l e r y - R a d o t i P. B l a m o u t i e r.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 11 r. 1931.

Zwyczajnym objawem choroby Quincke'go jest pojawianie się obrzęków na rozmaitych okolicach ciała. Niekiedy jednak obrzęk ten jest na drugim planie, podczas gdy na plan pierwszy występują objawy ze strony rozmaitych narządów. Tego rodzaju przypadek autorowie tu przytaczają.

Chory lat 51, lekarz z zawodu, pochodził z rodziny zdrowej. Ani jego rodzina, ani on sam do 31 roku życia, nie wykazywali żadnych objawów anafilaksji lub uczulenia, ani też zaburzeń ze strony gruczołów dokrewnych lub układu wegetatywnego. Dopiero w 31 roku życia nagle wystąpiły nudności i ból żołądka, lecz objawy te ustąpiły po paru godzinach. W tym okresie chory stracił 21 klgr. na wadze. Od tego czasu aż do obecnej chwili występowały napady, z początku rzadsze, ostatnio znacznie częstsze, gdyż prawie co tydzień.

Te napady polegały na: uczuciu znacznego osłabienia, występującego rano, później pojawiała się czkawka lub borborygmia oraz ból w nadbrzuszu. Ból był ściśle umiejscowiony, bądź to w wpuście żołądka, bądź też w trzonie lub w odźwierniku. Po nudnościach często występował obfity ślinotok. W silniejszych napadach dochodziło do wymiotów, które były albo śluzowe albo kwaśne lub żółciowe i powtarzały się kilka razy dziennie. W niektórych napadach występowały biegunki lub zaparcia z biegunkami. Po ustąpieniu bólów pojawiła się znowu borborygmia, przyczem jednak chory mimo osłabienia czuł się już znacznie lepiej. W parę godzin później chory przyjmował normalny posiłek i czuł się zupełnie zdrowy. Podczas tych napadów, nie zawsze lecz często, występowały obrzęki skóry, ograniczone do rozmaitych części ciała, blade i twarde. Raz pojawił się obrzęk głośni i nie wiele wówczas brakowało do wykonania tracheotomji. Od tego czasu chory zawsze nosił przy sobie rurkę intubacyjną. Czasem występowały także krwioplucia. W okresach wolnych od napadu chory pędził czynny żywot lekarza-praktyka na wsi.

Od trzech lat, w okresach między napadowych, zaczęły występować inne objawy, a mianowicie chromanie przestankowe oraz uczucie zimna w kończynach, parestezje, doigt mort i t. p. Badanie oscylometryczne wykazało brak oscylacji na kończynach lub znaczne ich zmniejszenie, przemawiające za zmianami w naczyniach, jednakowoż nie na tle kiłowym, gdyż wszystkie badania przeciwko temu przemawiały.

Chorego umieszczono w szpitalu, gdzie w czasie jednego z powyżej opisanych napadów, dokonano szeregu badań. Z obserwacji tych wynika, że w czasie napadu bólów w jamie brzusznej istnieje znaczna przeczulica skóry brzucha, i t. zw. raie blanche, ciepłota ciała podnosi się nieznacznie. Ciśnienie skurczowe i rozkurczowe w czasie napadu obniża się, co tłumaczy znaczne osłabienie, na jakie skarży się chory. W czasie napadu stwierdzono także pojawienie się ciał ketonowych w moczu. Badanie moczu nie wykrywa żadnych innych czynników patologicznych. Badanie czynnościowe nerek wykazuje zaburzenia. Podczas napadu, we krwi pojawia się leukocytoza neutrofilna, po napadzie leukopenja ze względną limfocytozą. Nadto po napadzie można było stwierdzić mierną eozynofilję. Wahania cukru we krwi były nieznaczne, pH krwi i zasób zasad są nieco wyższe podczas napadu. Cholesterynemja między napadami wyraźna (2.78 pro mille), mocznik we krwi podczas napadu nieco się zwiększa. Podstawowa przemiana materji prawidłowa, prześwietlenie przewodu pokarmowego promieniami Rentgena nie wykazało odchyleń od normy. Odczyny skórne w kierunku wykrycia uczulenia dały wynik ujemny, badanie odruchu oczno-sercowego wypadło w granicach normy.

Liczne próby lecznicze nie dały żadnego wyniku. Stosowano ostre djety, zwłaszcza jarzynowe, następnie wstrzykiwania peptonu, mleka, rozmaitych szczepionek, krwi własnej chorego i obcej, chlorku wapnia, podsiarczynu sodu, wreszcie stosowano diatermję i inne zabiegi lecznicze.

Chory zmarł nagle: po całym dniu pracy, powrócił do domu, skarżąc się na lekki ból gardła. Po położeniu się do łóżka, chory w nocy zerwał się nagle, chwytając się za gardło, odpluł nieco krwi i zmarł, nie wypowiedziawszy ani jednego słowa. Śmierć nastąpiła prawdopodobnie z powodu ostrego obrzęku głośni.

Chory pozostawił córkę w wieku 26 lat, która od dwóch i pół lat cierpi również na lekkie objawy obrzęku Quincke'go oraz na napady bólu w jamie brzusznej, połączone z uczuciem zimna, obfitem poceniem się, skłonnością do omdleń, nudnościami i zaburzeniami jelitowemi.

W omówieniu powyższego przypadku, autorowie odnoszą objawy w jamie brzusznej, szczególnie zaś żołądka, do ostrych obrzęków śluzówki żołądka, analogicznych do obrzęków skóry. Choroba Quincke'go w tym przypadku powikłana jest skurczami naczyń w zakresie kończyn dolnych i górnych, które wskutek długiego trwania doprowadziły prawdopodobnie do zmian anatomicznych w naczyniach.

D y s k u s j a.

Laubry zgadza się z powyższem ujęciem przypadku, jako zespołu ogólnej napadowej sympatikotonji i podkreśla prawdopodobną słuszność hipotezy, że zmiany anatomiczne w naczyniach kończyn są raczej skutkiem a nie przyczyną stanów spastycznych naczyń, które wywołały chorobowe objawy, spostrzegane w powyższym przypadku, osobliwie zaś chromanie przestankowe. *Laubry* przypomina przytem, że być może także i zmiany w naczyniach wieńcowych serca, stwierdzane u chorych, którzy cierpieli na dusznicę bolesną, nieraz przez długi szereg lat — że te zmiany były również nie przyczyną, lecz skutkiem często powtarzających się stanów spastycznych tych naczyń. Wreszcie należy podkreślić fatalne zejście choroby Quinckego, która w przeważającej liczbie przypadków przebiega dobrotliwie. Znany jest przypadek śmierci w powyższej chorobie, wywołany ostrym obrzękiem płuc.

Z. Gorecki.

CHIRURGJA

Rozważania kliniczno-statystyczne na temat raka trzonu macicy. (A propos du cancer du corps uterin. Etude clinique et statistique). T i x i e r i P o l l o s s o n.

Lyon Chirurg. XXVIII, Nr. 1, styczeń—luty 1931.

Rak trzonu macicy jest uważany przez większość chirurgów, zresztą zupełnie niesłusznie, za schorzenie rzadkie i przedstawiające pod względem rozpoznawczym duże trudności. Autorowie — wprost przeciwnie — uważają raka trzonu macicy za schorzenie, względnie częste, którego częstość występowania wynosi 10% wszystkich raków macicy. Jego rozpoznanie bynajmniej nie jest trudne i opiera się z jednej strony na występowaniu krwawień u kobiet starszych, prawie zawsze d o p i e r o w p a r ę l a t p o c a ł k o w i t e m u s t a n i u p e r j o d ó w, z drugiej zaś — na następujących dwu objawach: u p ł a w a c h k r w a w y c h i b ó l a c h.

Pierwszym objawem, który zwraca uwagę chorych, jest krwawa wydzielina z pochwy, ciągnąca się, czasami cuchnąca, naogół niezbyt obfita, ale zato stale sącząca się, uporczywa, nie poddająca się zwykłemu leczeniu (leżenie w łóżku, przemywania pochwy). Bóle występują trochę później, są to — bolesne darcia w okolicach lędźwiowych, bolesne ciążenie w małej miednicy, bóle typu neuralgicznego w obu udach, kolka maciczna. Stan ogólny mało tutaj cierpi, pomimo częstych naogół stanów gorączkowych (do 38°C). Należy tu podkreślić z naciskiem, że badanie dwuręczne przez pochwę jest mało pomocne, jeśli chodzi o rozpoznanie cierpienia, a często nawet sprowadza chirurga na drogę błędnego rozumowania; znajdujemy tu najczęściej szyjkę maciczną małą, prawidłową, zamkniętą, trzon macicy — mały i ruchomy, przydatki i sklepienia — bez zmian chorobowych, przymacicza — wolne. W rzadkich tylko przypadkach trzon macicy bywa wyraźnie powiększony.

Wszelkie zabiegi wewnątrzmaciczne (abrasio, radjografja lipjodolowa), przedsiębrane w celach rozpoznawczych, uważają autorowie za szkodliwe i naogół zbędne w przypadkach raka trzonu macicy. Sprawę rozpoznawania tego cierpienia możnaby ująć w lapidarną formę następującego aforyzmu, nie odbiegającego bynajmniej daleko od rzeczywistości: każda kobieta, u której po ustaniu zupełnem perjodów zjawiają się upławy krwawe, ma raka trzonu macicy, o ile nie ma raka szyjki.

Autorowie wypowiadają swoje uwagi na podstawie spostrzeganych przez siebie i leczonych operacyjnie 31 przypadków raka trzonu macicy. Zabieg polegał na doszczętnem wycięciu macicy (extirpatio uteri totalis). Śmiertelność pooperacyjna wyniosła 16%. Z pozostałych chorych 11 zmarło po mniej lub więcej długim okresie czasu (17 lat do 2 lat) — przyczyna śmierci nieznana, a 14 chorych żyje — (przyczem okres czasu, który upłynął od operacji do dnia dzisiejszego, wynosi przeciętnie 4—5 lat.

Mechanizm powstawania przerzutów nowotworowych. (La formation des métastases) — wygłoszono na posiedzeniu Tow. Lek. w Wiedniu przez S t e r n b e r g a. Ref. R e m s y.

Les Néoplasmes IX — Nr. 6, listopad—grudzień 1930.

W leczeniu operacyjnem raka jedynie doszczętne usunięcie całej chorej tkanki zabezpiecza przed nawrotem cierpienia i wystąpieniem przerzutów. Różni autorowie różnie sobie wyobrażają mechanizm wytwarzania przerzutów rakowych. *Virchow* uważa te przerzuty za wytwór płynów tkankowych, przyczem krążącym w organiźmie k o m ó r k o m n o w o t w o r o w y m przypisuje wyłącznie r o l ę p o b u d z a j ą c ą d o w z r o s t u te elementy rakowe, które znajdują się już w danem miejscu. Ostatnio, *Beström* wypowiada pogląd podobny: przerzuty rakowe powstają nie z wędrujących komórek raka pierwotnego, a z z a r o d k o w e j t k a n k i n a c z y n i o w e j, której resztki mogą przetrwać w różnych okolicach organizmu przez całe życie. A rak pierwotny jest tylko miejscowym przejawem ogólnej choroby, wywołanej przez jakieś wewnątrzpochodne (endogenne) jady ustroju. Z tego punktu widzenia, operację należy uważać jedynie za półśrodek, pozostający bez wpływu na istotę choroby.

Poglądy powyższe wywołały żywy sprzeciw ze strony innych autorów, jak *Lubarsch, Sternberg*. Według nich, z komórek rakowych, które rozchodzą się po ustroju równie naczyniami krwionośnemi, jak i chłonnemi, powstają w pewnych warunkach przerzuty rakowe; wędrujące z obiegiem krwi i chłonki komórki rakowe organizm może niszczyć, ale fakt ten przygotowuje tylko teren pod przyszłe przerzuty.

Jakkolwiek ustrój ludzki nie rozporządza tutaj takiemi siłami obronnemi, jak w walce z zakażeniem, tem nie mniej wytwarza w sobie pewną odporność swoistą przeciwko komórkom rakowym (Paltauf i Borst). Dopóki ta odporność utrzymuje się, dopóty organizm jest zabezpieczony przed powstawaniem przerzutów.

Wyniki najnowszych prac z dziedziny sero-diagnostyki nowotworów złośliwych. (Le séro-diagnostic des tumeurs malignes d'après les travaux recents). Lavedan.
Paris Médical Nr. 12, marzec 1931.

Wynik leczenia raka zależy w dużej części, jak wiadomo, od wczesnego i dokładnego rozpoznania cierpienia. Najlepsze pod tym względem wyniki daje badanie drobnowidzowe skrawków guza, jednakże zakres stosowania tego badania jest bardzo ograniczony ze względu na umiejscowienie nowotworu. Od 30 lat cały szereg autorów podaje różne metody wczesnego rozpoznawania raka, opierając się na wynikach badania jakościowego i ilościowego składników komórkowych krwi, badania własności fizykalnych, chemicznych i biologicznych surowicy krwi, wreszcie — badania jakościowego i ilościowego składników moczu. W pracy niniejszej autor uwzględnia wyłącznie próby serologiczne. Są to: odczyn Betelho, odczyn Kahna (na albuminę A), Wiganda, Vercelloti i Pavesi, odczyn na czerwień obojętną Roffo, próba Fry'a, Lehmann-Facius, Clemente, d'Abderhaldena, Freund-Kaminer i inne.

Odczyny te mają pewne znaczenie jako przyczynek do wyjaśnienia mechanizmu przenikania raka do ustroju, jako całości, ale ich wartość rozpoznawcza jest znikoma. Przyczem punkt ciężkości niepowodzenia tych metod leży nie w tem, że w pewnej liczbie przypadków raka odczyn serologiczny wypada ujemnie, ale w tem, że w dużej liczbie przypadków innych schorzeń (między innemi — gruźlica i kiła) wypada dodatnio.

Według *Ménetrier*, jest zupełnie illuzorycznem szukanie jakiegoś jednego swoistego odczynu na raka, gdyż ze względu na wielką różnorodność gatunku raka, i odczynów swoistych, z których każdy miałby odpowiadać jednemu określonemu gatunkowi, musiałoby być również cały szereg.

Leczenie raka języka. (Traitement du cancer de la langue). Hartmann.
Paris Médical Nr. 14, kwiecień 1931.

Rak języka może uchodzić do pewnego stopnia za raka, względnie dobrotliwego, gdyż naogół rzadko daje przerzuty (jeśli nie liczyć zajęcia gruczołów chłonnych szyjnych), ale za to szybko przerasta mięśnie języka — poza granice stwierdzalne klinicznie. Z tego też względu, a także z powodu stałej obecności w jamie ustnej różnych drobnoustrojów chorobotwórczych, wyniki pooperacyjne w poważnej liczbie przypadków są niepomyślne (śmierć, nawrót); przyczynia się do powyższego również to, że chorzy odnośni — przy braku pewności co do rozpoznania (podejrzenie tła kiłowego, gruźliczego) — zostają poddani zpoczątku leczeniu próbnemu (np. leczeniu przeciwkiłowemu), przez co tracą najlepszy czas do operacji. Zaznaczyć tu należy przy sposobności, że rak języka rozwija się dość często u osobników, którzy przebyli uprzednio zakażenie kiłowe (na tle leukoplakji). Dlatego też, mając do czynienia z chorym, u którego podejrzewamy raka języka, należy wykonać, jak najwcześniej badanie drobnowidzowe skrawka guza i po wyjaśnieniu w ten sposób rozpoznania, przystąpić jak najszybciej do właściwego leczenia.

W ostatnich latach spostrzega się ogólnie ograniczanie wskazań do operacyjnego leczenia raka na korzyść leczenia naświetlaniami radowemi.

I. Operacyjne wyłuszczenie gruczołów chłonnych. Uśpienie ogólne; cięcie skóry wzdłuż przedniego brzegu mięśnia sutkowo-mostkowo-obojczykowego, od wyrostka sutkowatego do granicy między środkową i dolną ćwiatrką szyi; dodatkowe cięcie od połowy poprzedniego do środka brody. Całą znajdującą się tutaj luźną tkankę łączną, wraz z zawartemi w niej naczyniami i gruczołami chłonnemi i ślinianką podżuchwową (po podwiązaniu tętnicy szczękowej zewnętrznej i przewodu Whartona), usuwa się w jednym bloku. Przy wyraźnem ograniczeniu guza do jednej połowy języka wystarcza wyłuszczenie gruczołów tylko po jednej stronie.

II. Naświetlania radowe gruczołów chłonnych. Obecnie zarzucono prawie zupełnie różne sposoby naświetlań na korzyść „kołnierza" dookoła szyi, składającego się z wosku lub mieszaniny wosku, parafiny i trocin, a w którym zawarte są rurki radowe, ułożone w pewnem stałem oddaleniu od powierzchni skóry.

III. Operacja doszczętna raka języka. Wycinanie guza przez okolicę ponadgnykową ma tę złą stronę, że wytwarza połączenie między przestrzenią po wyłuszczonych gruczołach chłonnych a zakażoną jamą ustną, stąd niebezpieczeństwo następowej ropowicy. Autor jest zwolennikiem operacji przez usta (po uprzedniem rozszerzeniu otworu ustnego czasowe przecięcie policzków od kąta ust do żwacza); w 12 dni po wycięciu guza przystępował do wyłuszczenia gruczołów chłonnych.

IV. Naświetlania radowe guza pierwotnego. Wbija się w guz i jego otoczenie igły radowe w odstępach 1 — 2-centymetrowych z tem obliczeniem, żeby na 1 cm² powierzchni naświetlanej wypadły 2 — 3 jednostki radowe (milli curie); przy zastosowaniu igieł 1 — 4 miligramowych czas naświetlenia wynosi przeciętnie 8 — 10 dni. Należy pamiętać o tem,

żeby nie wbijać igieł zbyt blisko kości — ze względu na niebezpieczeństwo jej obumarcia.

Jeśli teraz chodzi o wybór tego czy innego środka leczniczego, to co do gruczołów chłonnych — autor zaleca bezwzględnie operacyjne wyłuszczenie (z ewentualnem zastosowaniem następowem kołnierza radowego w przypadkach zadawnionych), co zaś do guza języka — to tutaj można się wahać przed wyborem takiej czy innej metody. Śmiertelność pooperacyjna wynosi koło 10%, a odsetka wyleczeń trwałych (3 — 23 lat) — mniej więcej jednakowo i po operacji, i po leczeniu radem — wynosi 38%. Autor w przypadkach guzów małych i dokładnie ograniczonych zaleca wycięcie, w przypadkach zaś guzów rozległych, naciekających (zwłaszcza ku podstawie języka, co się przejawia niemożnością jego wysunięcia do przodu) — naświetlania radowe.

Wreszcie u chorych, u których guz pierwotny nacieka już całe dno jamy ustnej, a na szyi widać całe pakiety gruczołów obrzmiałych, ewentualnie owrzodziałych, pozostaje tylko leczenie półśrodkami — przysypki znieczulające i odkażające, podwiązanie tętnicy szyjnej zewnętrznej (w przypadkach ciężkich krwawień).

Leczenie chirurgiczne krwotoków żołądkowo-dwunastniczych. (Traitement chirurgical des grandes hémorrhagies gastro-duodénales). Cunéo.
Paris Médical Nr. 14, kwiecień 1931 r.

Autor uwzględnia tu wyłącznie krwotoki żołądkowo - dwunastnicze w ścisłem tego słowa znaczeniu, to jest krwawienia obfite i ostro przebiegające, a pomija — krwawienia przewlekłe, powtarzające się, które z czasem dopiero doprowadzają do niedokrwistości znaczniejszego stopnia.

Najpewniejszą miarę wykrwawienia się chorego jest zachowanie się poziomu hemoglobiny we krwi; obniżenie tego poziomu poniżej 50% jest względnem przeciwskazaniem do jakiegokolwiek zabiegu operacyjnego (duże ryzyko operacyjne). Przyczyny krwotoków żołądkowo - dwunastniczych mogą być wielorakie. Do niezbyt rzadkich należą krwotoki pooperacyjne — po różnych operacjach, powikłanych zakażeniem ogólnem (arteriitis, embolia, thrombophlebitis). Spotykamy się również z krwotokami żołądkowemi w przebiegu marskości wątroby zanikowej (Laennec) (pęknięcie znacznie rozszerzonych żył wpustowo - przełykowych) i w przebiegu choroby Bantiego. Żaden z powyższych typów krwotoków żołądkowych nie daje wskazań do operacji, co najwyżej w chorobie Bantiego można myśleć o wycięciu śledziony.

Jeżeli przejdziemy teraz do krwotoków, mających swój punkt wyjścia w schorzeniu pierwotnem ściany żołądka lub dwunastnicy, to poza rakiem, który może dawać nieraz nawet gwałtowne krwotoki — nie dające zresztą wskazań do żadnego zabiegu operacyjnego, — wrzód trawienny żołądka jest najczęstszą przyczyną tego rodzaju krwotoków. Wrzody takie mogą być bardzo małe i płytkie, sięgające zaledwie do podśluzówki; nawet po nacięciu ściany żołądka odszukanie takiego wrzodu może stanowić dużą trudność dla chirurga.

Uwzględniwszy wyniki po różnego rodzaju operacjach doraźnych w przypadkach krwotoków żołądkowych wskutek wrzodu, podane w statystykach różnych chirurgów (gastrotomia i obszycie wrzodu, gastrectomia, gastroenterostomia), przychodzi autor do wniosku zupełnie ujemnego co do wartości tych operacyj. Podobnie, jak większość współczesnych chirurgów, uważa, że chorego z wrzodem żołądka w okresie krwotoku należy z reguły leczyć zachowawcze (przetaczanie krwi), dopóki nie minie całkowicie okres wstrząsu i chory nie poprawi się na tyle, żeby mógł bezpiecznie znieść zabieg operacyjny. Operacją z wyboru będzie zespolenie żołądkowo-jelitowe tylne, z ewentualnem podwiązaniem tętniczek doprowadzających krew do okolicy wrzodu, o ile miejsce to można ustalić, obmacując ścianę żołądka odzewnątrz.

U chorych, których stan ogólny jest tak dobry, że pozwala bezpiecznie na dokonanie zabiegu bardziej doszczętnego, można wykonać wycięcie częściowe żołądka. Dużą rolę, jeśli chodzi o wynik rezekcji żołądka, gra osobista wprawa i zręczność chirurga operującego, co warunkuje, że niektórzy z nich mają lepsze wyniki po rezekcjach, niż inni po zespoleniach żołądkowo-jelitowych.

Rozpoznawanie rentgenologiczne przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. (Le diagnostic radiologique de l'appendicite chronique). Jacquet i Gally.

La Presse Méd. Nr. 21, marzec 1931.

Rozpoznanie rentgenologiczne przewlekłego zapalenia wyrostka opiera się na następujących objawach.

I. Stwierdzenie pod ekranem bolesności uciskowej okolicy wyrostka. Bolesność uciskowa na prawym talerzu biodrowym przy zwykłem badaniu klinicznem chorego może mieć tak różnorodne przyczyny, że jej wartość rozpoznawcza — jeśli chodzi o schorzenie wyrostka — zostaje znacznie ograniczona. Mogą tu wchodzić w grę: bolesne zapalenia luźnej tkanki łącznej w zakresie miednicy, zapalenia gruczołów chłonnych biodrowych i miedniczych, nerwobóle splotów trzewnych, bóle pochodzenia moczowodowego, z pęcherza żółciowego i inne. Jedynie tylko stwierdzenie pod ekranem bolesności uciskowej w jednym punkcie na wewnętrznym przebiegu kątnicy, który to punkt przemieszcza się w miarę przesuwania kątnicy, upoważnia do odniesienia tej bolesności do wyrostka.

II. Opóźnienie przechodzenia treści kontrastowej z dolnego odcinka krętnicy do kątnicy. W warunkach prawidłowych w 6 godzin po spożyciu papki kontrastowej wypełnia ona całkowicie wstąpnicę aż do zagięcia wątrobowego, a w krętnicy widać tylko jej ślady. W przypadku zaś przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego (trwającego co najmniej od 2 — 3 miesięcy) po 6 godzinach większa część papki wypełnia rozszerzony i z zarysowanemi licznemi wcięciami kurczowemi dolny odcinek krętnicy. Przyczem zaznaczyć tu należy, że dla schorzenia wyrostka charakterystycznem jest nie zastój treści kontrastowej w okolicy krętniczo - kątniczej, który się utrzymuje nieraz przez 24 — 36 godzin (rak, gruźlica kąt-

nicy) a właśnie tylko opóźnienie jej przechodzenia, jak to było wyżej podane.

III. Kurcze krętniczo-kątnicze (spasmus). Powodują one tutaj utrzymujące się przez czas dłuższy zniekształcenie prawidłowego obrazu rentgenologicznego tej okolicy, polegające na obecności na zewnętrznej stronie kątnicy szeregu wcięć, a zwłaszcza jednego dużego naprzeciwko ujścia do niej schorzałego wyrostka (analogicznie do odpowiedniego wcięcia we wrzodzie żołądka). Poza tem, cała kątnica jest obkurczona i zmniejszona nieraz do wielkości ołówka; na dolnym odcinku kątnicy zaznaczają się również wcięcia kurczowe, ale znacznie mniejsze i przelotne. Widzialność na ekranie samego wyrostka (przy jego wypełnieniu się) występuje w niewielkiej naogół liczbie przypadków i nie ma większego znaczenia rozpoznawczego.

Rozpoznawanie zrostów otrzewnowych dookoławyrostkowych na podstawie badania rentgenologicznego jest bardzo niepewne i prowadzi do częstych omyłek. Również i przechodzenie treści kontrastowej z żołądka do dwunastnicy w przebiegu przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego podlega zmianom mało charakterystycznym i niestałym.

We wszystkich spostrzeganych przez autorów przypadkach wyniki badań rentgenowskich znalazły swoje pełne potwierdzenie na stole operacyjnym, gdzie znajdywano wyrostek zgrubiały, sztywny, przekrwiony, z licznemi wybroczynami krwawemi podśluzówkowemi.

Ostra niedrożność jelitowa pochodzenia wyrostkowego. (L'occlusion intestinale d'origine appendiculaire et son traitement). Guibal.

La Presse Méd. Nr. 27, kwiecień 1931.

Mowa tu jest wyłącznie o niedrożności mechanicznej. Jest ona względnie częstą, gdyż 18% wszystkich przypadków ostrej niedrożności jelit przypada na niedrożność, wikłającą zapalenie wyrostka robaczkowego.

Bezpośrednią przyczyną, powodującą zamknięcie światła jelita, bywają zrosty otrzewnowe pasmowate, powrózkowate, powierzchniowe kątnicy, wyrostka i dolnego odcinka kątnicy, rzadziej — innych pętli jelitowych. Właściwa przeszkoda mechaniczna bywa umiejscowiona najczęściej w najniższym odcinku krętnicy, prawie nigdy — w kątnicy i wstępnicy.

Objawy niedrożności mogą wystąpić w przypadkach zapalenia wyrostka, przebiegającego skrycie lub też w sposób typowy, ewentualnie po operacji wycięcia wyrostka. W tym ostatnim przypadku objawy niedrożności mogą się zjawić albo już na drugi — trzeci dzień po operacji (zaraz po ustąpieniu objawów niedrożności porażennej), albo po 8 — 15 dniach, kiedy stan chorego całkowicie się już poprawił po zabiegu (najczęstsza postać), albo wreszcie — po miesiącach lub latach.

Objawy kliniczne są dosyć typowe: zupełne zaparcie stolca i wiatrów, wzdęcie brzucha, mdłości i wymioty (występują naogół późno), obniżenie ciepłoty, tętno miękkie ale niezbyt przyśpieszone, oliguria, suchość języka, silne osłabienie, facies abdominalis. Odróżnienie od zapalenia otrzewnej nie powinno nastręczać większych trudności; w tym ostatnim przypadku będziemy mieli ciągłe bóle brzucha, znaczne wzdęcie brzucha i jego bolesność uciskową, częste wymioty, gorączkę, częste tętno, brak stawiania się pętli jelitowych.

Nie należy przystępować do operacji zbyt szybko od chwili wystąpienia niedrożności, ponieważ w niejednym przypadku objawy te mogą samoistnie ustąpić; z drugiej strony — z zabiegiem nie należy zbytnio zwlekać, żeby nie doprowadzać chorego do znacznego zatrucia.

Zabieg polega na otwarciu jamy otrzewnowej w linji środkowej, od pępka do spojenia, i następnie — albo na usunięciu samej przyczyny niedrożności (zrost pasmowaty, wyrostek zaciskający pierścieniowato kiszkę), albo na zespoleniu odpowiednich pętli jelitowych (zwykle ciężki stan chorego nie pozwala na ten zabieg), albo wreszcie — co najczęściej bywa — na wytworzeniu przetoki jelitowej z dolnego odcinka krętnicy (tuż powyżej przeszkody), z najbardziej rozdętej pętli. Przetokę zakłada autor sposobem Witzela, bez wyłaniania pętli. Przestrzega przed rozdzielaniem rozległych zrostów pętli jelitowych ze sobą — a to ze względu na niebezpieczeństwo krwawienia, otwarcia ognisk zakażonych i bezcelowość tegoż.

Rokowanie w przypadkach ostrej niedrożności wskutek zapalenia wyrostka jest niepewne (do 50% śmiertelności), głównie dlatego, że powikłanie to dotyczy zwykle chorych już uprzednio wyniszczonych.

Wczesny objaw obrażenia trzew brzusznych w przebiegu stłuczenia i ran brzucha. (Sur un signe précoce de lésion viscérale dans les contusions et plaies de l'abdomen — signe du tremblotement péritonéal). Clavel.

La Presse Méd. Nr. 28, kwiecień 1931.

Badając chorego ze stłuczeniem lub raną brzucha wkrótce po wypadku (w ½ — 1 godziny), możemy nie stwierdzić obrażenia trzew jamy brzusznej nawet w tych przypadkach, w których obrażenie to miało rzeczywiście miejsce. Objawy miejscowe, na których możnaby oprzeć rozpoznanie uszkodzenia narządów brzusznych, są przeważnie wykładnikiem odpowiedniego odczynu otrzewnej, który zkolei potrzebuje pewnego minimum czasu dla swego powstania. Objawy ogólne są również w tych wypadkach niepewne, gdyż mogą zależeć wyłącznie od wstrząsu pourazowego. Siłą rzeczy, wówczas lekarz stara się oprzeć w swem rozpoznaniu na różnych szczegółach etjologicznych jak siła i kierunek urazu, miejsce wlotu i wylotu kuli i t. p., co prowadzi w rezultacie do nierzadkich i brzemiennych w następstwa dla chorego pomyłek.

Autor w całym szeregu przypadków stłuczenia i ran brzucha, połączonych z obrażeniem narządów wewnętrznych (żołądek, jelita, nerki, śledziona i inne), zauważył bardzo wczesne występowanie objawu dyskretnego falowania ściany brzusznej przy niewielkich nawet ilościach płynu w otrzewnej (których obecności nie udaje się wykryć opukiwaniem). Chory leży na plecach, kończyny dolne lekko zgięte w stawach biodrowych i kolanowych, powłoki brzuszne zwykle w tych razach (zaraz po wypad-

ku) bywają wiotkie. Kładzie się palce jednej ręki stroną dłoniową na ścianę brzucha w okolicy talerza biodrowego i rytmicznem uciskaniem wywołuje się szereg drobnych wstrząśnień; w razie obecności w jamie otrzewnowej niewielkich nawet ilości płynu wyczuwa się zapomocą owych palców jakby drobne falowanie, drżenie, wywołane przez zanurzone częściowo w płynie i uderzające o ścianę brzuszną pętle jelitowe (rodzaj balotowania). Jednocześnie po stronie przeciwnej widać odpowiadające owym rytmicznym wstrząśnięciom falowanie ściany brzusznej. Należy tu jednakże pamiętać o pewnych źródłach pomyłek odnośnych, mianowicie, objaw ten może wypaść dodatnio bez obrażenia trzew brzusznych — u osób z dużą zawartością tłuszczu w tkance podskórnej brzucha i w sieci dużej i przy bardzo rozszerzonym żołądku.

Związek nadkwaśności żołądka z wrzodem trawiennym żołądka i dwunastnicy. (Hypersécretion et ulcère). Carnot i Gaehlinger.
Paris Médical Nr. 14, kwiecień 1931.

Zgodnie z poglądami klasycznemi na tę sprawę, nadkwaśność i nadmierne wydzielanie żołądka są cechami nieomal patognomonicznemi dla wrzodu trawiennego żołądka i dwunastnicy; niektórzy autorowie uważają je nawet za przyczynę powstania wrzodu i przyczynę bólów, towarzyszących temu cierpieniu.

Kiedy jedni autorowie znajdują nadmiernie wzmożoną kwasotę żołądka w 96% wszystkich przypadków wrzodów trawiennych, inni — w 31% znajdują kwasotę prawidłową (ogólną i kwas solny niezwiązany) a w 14% — nawet obniżoną; są opisywane przypadki wrzodu, w których stwierdzono zupełny brak kwasu solnego w żołądku. Niektórzy twierdzą, że we wrzodzie dwunastnicy częściej się spotyka nadmierną kwasotę, niż we wrzodzie żołądka. Jest ciekawem w tem zagadnieniu, że w pewnej liczbie przypadków wrzodu dwunastnicy, leczonych wewnętrznie z bardzo dobrym wynikiem, kwasota żołądka pomimo to wzrastała.

Tłumaczenie bólów we wrzodzie trawiennym nadmierną kwasotą żołądka również wydaje się być niesłusznem; podawanie zasad łagodzi bóle nietylko w przypadkach wzmożonej kwasoty, ale również tam, gdzie kwasota jest obniżona, względnie gdzie wolnego kwasu solnego niema wcale. Kinsella twierdzi, że bóle we wrzodzie żołądka i dwunastnicy nie przestają w żadnym związku z wahaniami kwasoty żołądka, a zależą jedynie od miejscowego odczynu zapalnego i stanu napięcia tkanek.

Donald Macleod zwrócił uwagę na ten szczegół paradoksalny, że we wrzodzie dwunastnicy największe bóle są nie wtedy, kiedy żołądek jest pełny i kiedy jego zawartość stopniowo przechodzi do dwunastnicy, dotykając bezpośrednio miejsca wrzodu, a dopiero wówczas, gdy żołądek jest zupełnie pusty; tłumaczy on to w ten sposób, że ból ów jest uwarunkowany przez przechodzenie gazów z żołądka do dwunastnicy i następowe rozciąganie ściany jej górnego odcinka. Dla sprawdzenia tego wprowadzał powyższym chorym do dwunastnicy zgłębnik Einhorna i wdmuchiwał przezeń powietrze; powstające przy tem bóle były zupełnie analogiczne do tych bólów, na jakie zwykle cierpią ci chorzy.

M. Czyżewski.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Wodny wyciąg śledziony w leczeniu wyprysków i swędzenia. (L'extrait aqueux de rate dans le traitement des prurits et des eczèmas). Paul Chevallier i Léon Bloch.
Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hopitaux 1930, Nr. 35.

Autorzy stosowali w kilku przypadkach (7) swędzących dermatoz (pruritus generalisatus cryptogenicus, prur. ano. genit, eczematisatio cum pruritu) podskórne wstrzykiwania wodnego wyciągu śledziony w ilości początkowo 2 cm^3, później 4 cm^3 co drugi dzień. 1 cm wyciągu odpowiadał 12.5 cm. świeżej śledziony wołowej. Wstrzykiwania są zaledwie cokolwiek bolesne, wywołują przejściowy słaby odczyn miejscowy w 7 — 9 dni od pierwszego wstrzyknięcia. W przypadkach cięższych rozpoczynano leczenie odrazu od dużych dawek.

Wszystkie przypadki były leczone uprzednio bezskutecznie innemi sposobami. Oprócz leczenia wyciągiem śledziony stosowano leczenie miejscowe. Wyniki uzyskane tym sposobem były dobre. We wszystkich przypadkach osiągnięto poprawę, w niektórych wyleczenie. Od nawrotów leczenie powyższe nie chroni.

Wpływ wodnego wyciągu śledziony na eozynofilję krwi. (Action de l'extrait aqueux de rate sur l'éosinophilie sanguine). Paul Chevallier i Z. Ely.
Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hopitaux 1930, Nr. 35.

Wyciągi śledziony zdają się wywierać szczególny wpływ na eozynofilogenezę. Autorzy opisują przypadek ostrego wybuchu zmian wypryskowych u kobiety 50-letniej, wyleczonej wyciągiem (wodnym i lipoidowym) śledziony. W czasie leczenia eozynofilja spadła z 4% na 1%.

Ilość eozynofilów we krwi spada zwykle w kilka godzin po wstrzyknięciu. Podobny wpływ wywiera naświetlanie śledziony, wstrzykiwanie adrenaliny i innych wyciągów. Po spadku eozynofilji następuje często przejściowy okres hypereozynofilji. Wyciągi śledziony zawodzą w niektórych przypadkach zupełnie. Opis jednego z takich przypadków (colitis) podaje autor w swej pracy.

Schorzenia gruczołów pachwinowych. (Les adénopathies inguinales). Paul Chevallier i Jean Bernard.
Revue de Méd. 1930, Nr. 6.

Kiła: owrzodzeniu pierwotnemu prawie zawsze towarzyszy zajęcie gruczołów pachwinowych (w 99.94%), które objawia się ich powiększeniem i stwardnieniem, a w znacznej liczbie przypadków można w zajętych gruczołach stwierdzić obecność krętków. Gruczoły pachwinowe ulegają schorzeniu w 4 — 15 dni od chwili pojawienia się owrzodzenia pierwotnego. Z reguły gruczoły te są ru-

chome, niebolesne, nie przychodzi do ich rozmiękania ani przebicia się i często oprócz pachwinowych zajęte są i inne. Spostrzegano pojedyńcze przypadki kiłowego zajęcia gruczołów pachwinowych, które poprzedzały pojawienie się wrzodu pierwotnego (wrzód pierwotny t. zw. opóźniony) i schorzenia gruczołów pachwinowych bez wrzodu pierwotnego. W okresie kiły II gruczoły pachwinowe wyglądają tak jak w kile I, towarzyszy im zawsze zajęcie i innych gruczołów.

Zmianom kiły III, kilakom nie towarzyszy zajęcie gruczołów, mogą natomiast w samych gruczołach chłonnych tworzyć się kilaki, a wtedy przebieg kliniczny nie różni się niczem od przebiegu innych kilaków.

W kile wrodzonej gruczoły chłonne oprócz nieznacznych zmian t. zw. micropolyadenopatia heredo-syphilitica, długo utrzymujące się, nie rozmiękające, czasem t. zw. scrofulosis vener., rozmiękające i przebijające się ropnie na szyi, które prawdopodobnie są tylko gruźlicą u osobników z kiłą wrodzoną.

Dymienica w przebiegu wrzodu miękkiego jest objawem bardzo znamiennym. Występuje w ilości ⅓ przypadków przypadków wszystkich wrzodów miękkich, częściej u mężczyzn. Dymienica może powstać równocześnie lub nieco później od wrzodu miękkiego, u osobnika z owrzodzeniem już zagojonem i w przypadku, w którym nigdy owrzodzenia nie było. Schorzały gruczoł pachwinowy (często jeden tylko, nigdy liczne) szybko rozmięka i przebija się na zewnątrz, tworząc owrzodzenia niekiedy bardzo rozległe. W schorzałych gruczołach rzadko stwierdza się obecność prątków Ducrey'a o ile szuka się ich w ropie, częściej natomiast w zeskrobinach ściany ropnia otwartego. Ropą, o ile zawiera skąpą ilość prątków, często nie udaje się przeszczepić wrzodu miękkiego, widocznie konieczna jest do zakażenia pewna ilość prątków. Według ciekawych badań *Kreflinga* jałowa ropa zawiera antyciała, niszczące czynne prątki D. Schorzenie wywołuje pewien stan uczulenia (allergji).

Leczenie: ogólne przy pomocy domięśniowych lub dożylnych wstrzykiwań (nigdy podskórnych) szczepionki „Dmelcos" daje wyniki bardzo dobre nawet w przypadkach dymienicy pękniętej. Wstrzykiwania wykonuje się w ilości 5 — 8 co 2 — 3 dni. Odczyn ogólny jest zawsze bardzo gwałtowny, dlatego leczenia tego nie należy stosować u osobników słabych i chorych na serce. Wyniki lecznicze po wstrzykiwaniach mleka, innych preparatów białkowych i innych szczepionek, krwi własnej są o wiele słabsze. Leczenie miejscowe dymienicy w początkowych okresach rozmiękania stosowane obecnie bywa tylko zachowawcze naświetlanie promieniami R- (małe dawki) i lampą kwarcową. Dymienice wyraźnie chełboczące nadają się do nacięcia, które nie powinno być wykonane zawcześnie, nie powinno być duże, a tylko takie, aby przez nie można było łatwo opróżnić ropień, powinno więc mieć ono raczej charakter nakłucia, wykonanego skalpelem. Po nacięciu stosuje się zwykle do ropnia jodoform suchy lub w zawiesinach. Inne środki mniej są w użyciu. Niekiedy łączy się leczenie chirurgiczne z naświetlaniami promieniami X lub ultra fjoletowemi. Dymienice pęknięte, owrzodziałe, tworzące przetoki leczy się tak jak nacięte; miejscowo przeważnie celem oczyszczenia przepłukiwania aseptyczne lub lekko antyseptyczne i jodoform, ogólnie we wszystkich postaciach i okresach wrzodów miękkich. W dymienicy dobre wyniki dają wstrzykiwania szczepionki „Dmelcos".

Nowe poglądy na przenoszenie się kiły wrodzonej. (Les idées nouvelles sur la transmission héréditaire de la syphilis). M. Péhu.
Revue de Méd. 1930, Nr. 6.

Istnieją liczne teorje, tyczące się przekazywania kiły potomstwu. Naogół stoimy wobec dwu zasadniczych zagadnień. Czy zakażenie kiłowe, przenosi się przez komórki rozrodcze ew. nasienie (transmission germinative), czy też zakażenie dokonuje się przez łożysko w łonie chorej matki (transmission diaplacentaire).

Faktem jest, że nawet przy pomocy obecnych metod nie jesteśmy w możności wykryć krętków w organizmie płodu przed piątym miesiącem życia płodowego, wobec czego zagadnienie, czy zakażenie może nastąpić wcześniej nie jest rozstrzygnięte. Zagadnienie to ma nietylko teoretyczne znaczenie. Rozstrzygnięcie tej sprawy ma przedewszystkiem duże znaczenie w lecznictwie i profilaktyce. O ile zakażenie płodu następowałoby dopiero w 5-ym miesiącu życia płodowego, wtenczas przez zastosowanie energicznego leczenia matki w pierwszych miesiącach ciąży możnaby uchronić płód od zakażenia. Do dzisiaj zestawienia statystyczne dzieci urodzonych z matek kiłowych nie rozstrzygają tego zagadnienia i w przypadkach, gdy ciężarna leczy się energicznie od 2-go miesiąca ciąży (wcześniej prawie nigdy się nie zgłaszają) nigdy z całą pewnością nie można twierdzić, że dziecko będzie zdrowe.

O roli epilacji przy pomocy pinsety. (Du role de l'épilation a la pince en dermatologie). R. Sabouraud.
La Presse Méd. 1931, Nr. 7.

Prototypem epilacji był sposób stosowany w wiekach średnich, a utrzymujący się do dzisiaj, tu i ówdzie wśród Arabów, polegający na gwałtownem zdarciu włosów z głowy, przylepionych uprzednio elastyczną przylepcową masą do czapki płóciennej. Autor widział ten sposób epilacji, który nie jest wcale tak bolesny, jakby się to mogło wydawać. Ten sposób (à la calotte) został wyparty stopniowo przez epilację pinsetą. Zasługą *Bazin'a*, a następnie *Besnier'a* było wychowanie całego zastępu epilujących. Zajęcie to stanowiło pewnego rodzaju odrębny zawód. Zręczny epilujący pozbawiał głowę wszystkich włosów w przeciągu 7-iu godzin, o wykonywał to przy pomocy tak szybkich ruchów, że ból przy zabiegu był nieznaczny, tak nieznaczny, że nie budził nawet śpiących dzieci. Ognisko woszczynowe po jednorazowej epilacji było mniej więcej do połowy wyleczone. Wystarczały 3 — 4 epilacji do wyleczenia całkowitego skóry głowy owłosionej.

Jak w przemyśle, tak i w dermatologji maszyna zastąpiła człowieka. Niewątpliwie wprowadzenie promieni X, było wielkim postępem w lecznictwie grzybic, pociągnęło jednak za sobą stopniowe znikanie tej koniecznej umiejętności, jaką jest ręczna epilacja. Bez epilacji ręcznej trudno obejść

się w niektórych przypadkach, a mianowicie: w przypadkach nawrotów grzybicy na owłosionej skórze głowy po naświetlaniu Roentgenem, ponieważ powtórne lub trzykrotne naświetlenie może spowodować trwałe wypadnięcie włosów; w przypadkach niedużych pojedyńczych ognisk grzybicy na głowie, która najczęściej pojawia się w wieku szkolnym u udzieci. W tych przypadkach na wyleczenie Roentgenem potrzeba kilku do sześciu nieraz tygodni, w czasie których dziecko nie może chodzić do szkoły, podczas gdy ręczną epilacją można w przeciągu ½ godziny pozbawić głowę schorzałych włosów. Wyższość epilacji ręcznej nad epilacją Roentgenem można ocenić również i w przypadkach ropnych zakażeń mieszków włosowych (acne keloid nuchae, Sycosis i t. p.). Poza tem wyrywając włos ręcznie, mechanicznie oczyszcza się mieszek włosowy ze złogów złuszczonego naskórka, zarodników grzybni i mikrobów. Wydobyte w ten sposób na powierzchnię mikroby i zarodniki łatwo jest zniszczyć alkoholem lub rozcieńczoną jodyną. Przy epilacji Roentgenem mieszek nie zostaje oczyszczony z zawartości i nowy włos, który wyrasta w 8 — 10 dni, bardzo łatwo ulega znowu zakażeniu. Ważne znaczenie pomocnicze ma epilacja ręczna przy podawaniu octanu talowego. W ciągu 5 dni tylko, dzielących wypadnięcie włosów od wzrostu nowych włosów — powinno się wszystkie włosy z głowy usunąć. Roentgen w tych przypadkach często zawodzi; o wiele pewniejszą jest epilacja ręczna. Są i ujemne strony epilacji ręcznej: bolesność zabiegu, zwłaszcza przy niezręcznem wykonywaniu epilacji, tworzenie się wysięku surowiczego w mieszku, jako odczyn po wyrwaniu włosa, ułatwiające zakażenie mieszka. Pomimo jednak tych stron ujemnych z wyżej wymienionych powodów dzisiaj nie można się obyć w niektórych przypadkach bez epilacji ręcznej. Tak więc użycie promieni X do epilacji z jednej strony jest postępem w lecznictwie grzybic, z drugiej zaś wywarło niekorzystny wpływ przez to, że wyparło prawie całkowicie epilację ręczną, a dwie te metody powinny mieć w dermatologji równorzędne prawa.

Dr. Zofja Jastrzębska.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE.

Leczenie wrzodu żołądka wstrzykiwaniami atropiny. W przypadkach wrzodu żołądka bardzo trudno poddających się leczeniu zachowawczemu, dietetycznemu i farmakologicznemu, zanim się skieruje chorego na operację, należy spróbować wstrzykiwania podskórnego atropiny (2 razy dziennie atropinum sulfur. 0,0005 — 0,0001 g.), w ciągu 1 — 6 tygodni. Atropina działa tutaj nietylko jako środek łagodzący bóle, przez hamowanie czynności wydzielniczej i ruchowej żołądka, ale ma również wywierać działanie lecznicze na sam wrzód, powodując szybsze jego zabliźnianie się.
(Paris Méd. № 14, 1931).

M.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 724-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

		1/1 str.	½ str.	¼ str.
Ogłoszenia:	zewnętrzna strona okładki	zł. 450.—	250.—	135.—
	bezpośrednio przed tekstem	„ 350.—	200.—	120.—
	2-ga i 3-cia strona okładki	„ 350.—	200.—	120.—
	pozostałe	„ 300.—	170.—	95.—

ZAKŁ. GRAF. PRAC. DRUK., WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 54, TEL.: 615-56 I 242-40.